

**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem***  
***Comunitária***

Relatório de Estágio

**A importância da atividade física nos idosos com  
diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de  
saúde comunitária**

**Mariana Lourenço Pereira Nogueira**

**Lisboa**

**2017**

A large, decorative green swoosh graphic that starts from the bottom right and curves upwards and to the left, ending near the center of the page.

**Mestrado em Enfermagem**  
***Área de Especialização de Enfermagem***  
***Comunitária***

Relatório de Estágio

**A importância da atividade física nos idosos com  
diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de  
saúde comunitária**

**Mariana Lourenço Pereira Nogueira**

Orientador: Professora Dr<sup>a</sup> Andreia Cátia Jorge Silva da Costa

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

**Lisboa**  
**2017**

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or a modern logo element.

“Se milhões de enfermeiros em mil locais diferentes expressarem as mesmas ideias e convicções acerca dos cuidados de saúde primários, e se unirem como uma só força, podem agir como uma central de energia para a mudança.”

(Halfdan Mahler, Director Geral da Organização Mundial de Saúde, 1985)

“Embora não volte a ter outra vez 25 anos, pode melhorar o seu aspeto físico, a sua saúde e a sua energia. A fórmula é simples: Mude o seu estilo de quatro maneiras, procurando: Ser mais saudável e magro; Ser fisicamente mais ativo; Mudar o tipo de alimentação; Aprender a relaxar.”

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2001)

“A Enfermagem é uma arte, e para realizá-la como arte, requer uma devoção exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor”.

(Nightingale, 2005)

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os que me apoiaram e incentivaram a continuar o percurso iniciado em 2015, no qual me deparei com vários obstáculos que tive que contornar e ultrapassar para hoje chegar ao final do meu objetivo.

À Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da Costa, a qual tive o privilégio de ter como orientadora e a quem estou grata pela disponibilidade, ânimo, motivação, confiança, paciência, atenção, sabedoria e competência. Agradeço ainda, a sua orientação criteriosa, as sugestões, a compreensão, a orientação, a persistência e a fé que depositou no meu triunfo;

À Enfermeira Dulcineia Carapeta Gomes e à equipa da USF Tejo, pela colaboração, apoio e incentivo dado durante o estágio;

A todos os professores do curso, pela sua disponibilidade e dedicação.

À Enfermeira Anabela Costa por me ter disponibilizado flexibilidade de horário, pelo apoio e pela compreensão;

Aos meus colegas de trabalho que me acompanharam neste meu percurso e sempre tiveram uma palavra amiga, de incentivo e de apoio;

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram neste projeto pessoal;

Aos meus pais, obrigada por fazerem de mim o que sou hoje!

À Enfermeira Carla Nogueira, a minha irmã, sem ela nunca teria ingressado na carreira de enfermagem. Ela foi um exemplo para mim.

Aos meus sobrinhos pelo tempo que perdi sem brincar com eles.

Ao Ruben Sousa, pela paciência, compreensão, pelas vezes que deixei de pedalar ao seu lado, pelo carinho e amor que me foi dando todos os dias.

À minha querida bicicleta que sempre me acompanhou no percurso até à faculdade. Pelas pedaladas e maratonas que perdi.

A todos o meu mais sincero e sentido, muito obrigada!



## **.LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

% - Percentagem

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AF – Atividade Física

APDP - Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CATUS - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

ENPAF - Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da  
Saúde e do Bem-Estar

ICN – *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de  
Enfermeiros)

IMC- Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física (*International  
Physical Activity Questionnaire*)

HbA1c – Hemoglobina Glicada

HTA – Hipertensão Arterial

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visita Domiciliária

## Resumo

**Introdução:** No âmbito do Mestrado em Enfermagem com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária foi elaborado o presente relatório que pretende descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária.

Cada vez mais, os enfermeiros têm o papel principal na gestão da doença crónica. A diabetes tipo 2 é um problema crescente com grande impacto social e económico uma vez que implica uma grande carga nos custos psicossociais e económicos, quer para os clientes e famílias quer para o Sistema Nacional de Saúde. Os programas de atividade física contribuem com o processo de envelhecimento saudável, favorecendo melhorias no controlo tratamento da diabetes tipo 2. Assim, o projeto desenvolvido insere-se no âmbito da promoção da atividade física nos diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos.

**Metodologia:** A metodologia utilizada foi o Planeamento em saúde, o qual percorre várias etapas, desde o diagnóstico de situação até à avaliação da implementação do projeto de intervenção. Optou-se por fundamentar a intervenção nos pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman.

**Resultados:** A realização do diagnóstico de situação, teve por base a utilização de dois instrumentos para recolha de dados, o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta e portuguesa e o índice de Barthel. A população alvo foi constituída por 148 clientes com diabetes tipo 2, com idade  $\geq$  a 65 anos e inscritos na listagem de uma enfermeira em específico da USF Tejo. Na definição de prioridades foi utilizado o método de Hanlon, sendo que surgiu o diagnóstico prioritário: Capacidade de gestão do regime atividade física comprometido. A estratégia utilizada foi a educação para a saúde, sendo que foram definidas as seguintes atividades: Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto; Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem; Realização de visitas domiciliárias; Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde; Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo.

**Conclusão:** Todos os indicadores de avaliação foram atingidos, o que demonstra o sucesso da intervenção realizada. Assim, 85% dos clientes adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física nos diabéticos, 56% dos clientes com alterações na mobilidade iniciaram a prática de atividade física e 74% dos elementos da equipa da USF Tejo pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário. Com a realização do estágio e o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária foram adquiridas competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e saúde pública. Os enfermeiros são cruciais nos cuidados de saúde primários, nomeadamente na promoção da prática de atividade física nos clientes com diabetes tipo 2.

**Palavras-Chaves:** Enfermagem Comunitária; Idosos; Diabetes tipo 2; Atividade Física;

## Abstract

**Introduction:** In the scope of the Master's Degree in Nursing with the area of Specialization in Community Nursing, the present report was prepared to describe, analyze and reflect on the activities carried out during the internship to obtain a Master's Degree in Nursing and Community Nursing Specialist.

Increasingly, nurses have the leading role in chronic disease management. Type 2 diabetes is a growing problem with great social and economic impact since it implies a great burden on the psychosocial and economic costs, both for clients and families and for the National Health System. Physical activity programs contribute to the process of healthy aging, favoring improvements in the control treatment of type 2 diabetes. Thus, the project developed is part of the promotion of physical activity in type 2 diabetics aged  $\geq 65$  years.

**Methodology:** The methodology used was Health Planning, which goes through several stages, from the situation diagnosis to the evaluation of the implementation of the intervention project. It was decided to base the intervention on the assumptions of the theoretical model of Betty Neuman.

**Results:** The performance of the situation diagnosis was based on the use of two instruments for data collection, the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Portuguese short version and the Barthel index. The target population consisted of 148 clients with type 2 diabetes, aged  $\geq 65$  years old and enrolled in the list of a specific nurse from USF Tejo. In the definition of priorities the Hanlon method was used, and the priority diagnosis emerged: Management capacity of the committed physical activity regimen. The strategy used was health education, and the following activities were defined: Elaboration and distribution of information material and support to the project; Conduct of nursing diabetes surveillance consultations; Carrying out home visits; Conducting a Health Education Session; Holding of a sensitization session and presentation of the intervention project in the community to the USF Tejo team.

**Conclusion:** All the evaluation indicators were reached, which demonstrates the success of the intervention. Thus, 85% of clients acquired

knowledge about the importance of physical activity in diabetics, 56% of clients with alterations in mobility started the practice of physical activity and 74% of the team members of USF Tejo intends to continue the community intervention project. With the accomplishment of the internship and the development of the community intervention project, competencies were acquired as a specialist nurse in community nursing and public health. Nurses are crucial in primary health care, namely in promoting the practice of physical activity in clients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Community Nursing; Elderly; Type 2 diabetes; Physical activity;

## ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| Índice de Gráficos .....  | xi  |
| Índice de Quadros.....  | xii |
| INTRODUÇÃO .....  | 1   |
| 1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....  | 6   |
| 1.1. Enquadramento do local de estágio .....  | 6   |
| 1.2. Enquadramento da área de intervenção .....   | 9   |
| 1.3. Modelo conceitual.....   | 13  |
| 1.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública<br>.....                          | 17  |
| 2. METODOLOGIA.....   | 20  |
| 2.1. Diagnóstico de situação.....   | 21  |
| 2.1.1. População alvo e amostra .....   | 22  |
| 2.1.2. Instrumento de colheita de dados .....   | 23  |
| 2.1.3. Apresentação e análise de resultados .....   | 25  |
| 2.1.4. Stressores e Diagnósticos de enfermagem .....  | 27  |
| 2.2. Definição de prioridades .....   | 29  |
| 2.3. Fixação de objetivos .....   | 31  |
| 2.4. Seleção de estratégias.....  | 33  |
| 2.5. Elaboração de projetos e programas.....  | 36  |
| 2.6. Preparação da execução / Execução.....   | 37  |
| 2.7. Avaliação .....  | 38  |
| 2.8. Reflexão sobre outras experiências vivenciadas.....  | 45  |
| 3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA.....   | 47  |
| CONCLUSÃO.....  | 55  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....  | 59  |
| ANEXOS .....  | 61  |
| ANEXO I – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão<br>Curta - Versão Portuguesa ..... | 62  |

|  |            |
|--|------------|
| <b>ANEXO II – Autorização da utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Portuguesa .....</b>   | <b>65</b>  |
| <b>ANEXO III – Índice de Barthel .....</b>   | <b>67</b>  |
| <b>ANEXO IV – Parecer da comissão de Ética – Autorização aplicação PES-NWI.</b>  | <b>70</b>  |
| <b>ANEXO V – Folheto Informativo da USF Tejo – Exercício Físico no Utente .....</b>  | <b>74</b>  |
| <b>APÊNDICES .....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>APÊNDICE I – Cronograma 2ºSemestre.....</b>   | <b>77</b>  |
| <b>APÊNDICE II – Cronograma 3ºSemestre.....</b>  | <b>79</b>  |
| <b>APÊNDICE III – Projeto de Intervenção Comunitária .....</b>   | <b>81</b>  |
| <b>APÊNDICE IV – Questionário de caracterização da população – aquando a aplicação do IPAQ.....</b>  | <b>158</b> |
| <b>APÊNDICE V – Pedido de autorização para utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) .....</b>   | <b>161</b> |
| <b>APÊNDICE VI – Pedido de autorização à Comissão de Ética ARSLVT para aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) na USF Tejo .....</b>  | <b>163</b> |
| <b>APÊNDICE VII – Apresentação e análise descritiva dos resultados da primeira etapa do Planeamento em Saúde: Diagnóstico de Situação.....</b>   | <b>165</b> |
| <b>APÊNDICE VIII – Apresentação dos critérios do método Hanlon para definição de prioridades.....</b>  | <b>172</b> |
| <b>APÊNDICE IX – Planeamento de Atividades .....</b>   | <b>175</b> |
| <b>APÊNDICE X – Folheto informativo Hemoglobina Glicada .....</b>  | <b>314</b> |
| <b>APÊNDICE XI – Análise SWOT do Projeto .....</b>   | <b>316</b> |
| <b>APÊNDICE XII – Competências adquiridas pela Mestranda no âmbito da Especialização em Enfermagem Comunitário segundo unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento nº128/2011, de 18 de Fevereiro.....</b> | <b>321</b> |



## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 – Stressores e Diagnósticos de Enfermagem

Quadro 2 - Análise dos diagnósticos de enfermagem de acordo com o método de Hanlon

Quadro 3 – Atividades realizadas

Quadro 4 - Indicadores de Processo

Quadro 5 – Indicadores de Resultado

## INTRODUÇÃO

Cada percurso tem sempre um início, um ponto de partida, condicionado pelas vivências anteriores e expectativas.

Deste modo, a escolha da concretização do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e o percurso efetuado foram condicionados pela experiência profissional e pela percepção do que é a Enfermagem.

Assim, os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

O Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN) (2008) acredita que a equidade e o acesso aos serviços de cuidados de saúde primários, sobretudo os serviços de enfermagem, são fundamentais para melhorar a saúde e o bem-estar de todos.

Por conseguinte, a escolha por esta área de especialização em Enfermagem tornou-se óbvia, sendo a oportunidade de desenvolver conhecimentos e adquirir competências numa das áreas que a Enfermagem deve apostar e mostrar a sua capacidade de fazer a diferença, em prol da prestação de cuidados de saúde de excelência.

Nos últimos anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem alertado para o aparecimento de uma nova epidemia com proporções mundiais: as doenças crónicas, as quais afetam pessoas de todas as idades, nacionalidades e classes sociais. Estas são responsáveis por cerca de 60% do total de mortes em todo o mundo, sendo que o número de mortes provocado por doenças crónicas é o dobro relativamente às mortes que resultam de doenças infecciosas, condições precárias na assistência aos partos e cuidados neonatais e malnutrição (Daar *et al*, 2007).

Assim, este problema tem um forte impacto na qualidade de vida das populações, além de efeitos adversos na economia. A título exemplar, calcula-

se que a China perderá 558 biliões de dólares durante os próximos 10 anos, devido às mortes prematuras provocadas pelas doenças crónicas (OMS, 2005).

A diabetes *mellitus* foi reconhecida pela Assembleia Geral das Nações Unidas como uma doença crónica, debilitante e com muitos custos (Direcção-Geral, de Saúde, 2008). É um problema de saúde pública e considerada uma das quatro doenças não transmissíveis prioritárias a nível mundial (OMS, 2016). Portugal é dos países da União Europeia com uma maior prevalência da diabetes *mellitus* com um valor maior do que 9 (Observatório Nacional de Diabetes, 2015).

Transversalmente a esse acontecimento a população residente em Portugal com idade  $\geq$  a 65 anos tem vindo a aumentar, bem como a prevalência da diabetes na faixa etária entre os 60- 79 anos. Além disso, verifica-se uma diminuição da prática de atividade física (AF) total a partir dessa idade (INE, 2012).

Por outro lado, os resultados do Eurobarómetro 58,2 (*Special Eurobarometer Wave 58,2*) realizado em 2002 através do questionário internacional de atividade física (*Internacional Physical Activity Questionnaire-IPAQ*) demonstram que Portugal tem a prevalência de AF mais baixa da Europa (Observatório Nacional de Atividade Física, 2011). Assim, de acordo com a recomendação para a saúde da OMS em Portugal a AF praticada pelos idosos ( $\geq$  65 anos) é insuficiente ( $<$  30 minutos/dia) (Observatório Nacional de Atividade Física, 2011).

Durante muito tempo, médicos, outros profissionais de saúde e muitas pessoas com mais idade consideravam perigoso a realização de AF por parte dos idosos. Esta atitude devia-se ao facto de considerarem as pessoas acima dos 60 anos como pessoas frágeis, débeis e/ou incapacitadas (DGS, 2011).

Atualmente verifica-se um aumento forte ao nível da evidência dos benefícios da prática de AF nos idosos diabéticos, contribuindo para um estilo de vida independente e saudável, nomeadamente no controlo dos valores da glicémia (Borodulin *et al*, 2006; Caetano & Tavares, 2008; Codogno *et al*, 2011; Copeland, Crank & Hall, 2010; Diaz-Valencia *et al*, 2015; Dyck *et al*, 2011; Eakin *et al*, 2010; Espeland *et al*, 2013; Figueira *et al*, 2014; Firouzi, Barakatun-

Nisak, & Azmi, 2015; Iijima *et al*, 2012; Irvine & Taylor, 2009; Jackson, Asimakopoulout & Scammell, 2007; Moreno *et al*, 2014; Morey *et al*, 2012; Morgadinho, 2012; Nylén *et al*, 2010; Lohmann, Siersma & Olivarius, 2010; Long *et al*, 2013; Phillips, 2014; Sieverdes *et al*, 2009; Xiu, *et al*, 2013; Xu, Pan & Liu, 2010; WHO, 2010).

Assim, numa perspetiva nacional, é prioritário que os diferentes grupos populacionais tenham acesso a orientações para a AF, bem como a criação de condições para a realização de AF, através de políticas intersectoriais e multidisciplinares (DGS, 2016).

Desta forma, os enfermeiros como grupo mais amplamente distribuído ao nível dos Cuidados de Saúde Primários em todo o mundo, assumindo os mais diversos papéis, funções e responsabilidades, são fundamentais na promoção de AF nos clientes com diabetes tipo 2.

A enfermagem comunitária tem como foco a atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro especialista em saúde comunitária reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos (Monteiro *et al*, 2014).

Desta forma, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e decorrente do estágio realizado entre 26 de Setembro de 2016 a 10 de Fevereiro de 2016, na Unidade de Saúde Familiar Tejo (USF Tejo), foi elaborado o presente relatório, o qual faz referência ao trabalho desenvolvido com os clientes diabéticos tipo 2 com idade  $\geq 65$  anos, inscritos na USF Tejo e presentes na lista de uma enfermeira da USF Tejo.

Assim a metodologia utilizada durante o estágio e para elaboração deste relatório foi o Planeamento em Saúde preconizado por Imperatori & Geraldès (1993), o qual percorre várias etapas, desde o diagnóstico de situação até a

avaliação da implementação do projeto de intervenção de enfermagem comunitária. Optou-se por fundamentar a intervenção nos pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman.

Os objetivos deste relatório são:

- Descrever o percurso no decorrer do estágio;
- Analisar criticamente as estratégias e atividades desenvolvidas;
- Refletir sobre as competências de enfermeiro especialista adquiridas e/ou desenvolvidas;

O presente relatório de estágio encontra-se dividido em três capítulos: Estágio de Enfermagem Comunitária; Metodologia; Aquisição de Competências e Análise crítica.

Deste modo, o primeiro capítulo subdividindo-se em quatro subcapítulos: o enquadramento do local do estágio, o enquadramento da área de intervenção, o modelo conceitual e o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

O segundo capítulo é alusivo ao diagnóstico de saúde, apresentando as várias etapas do planeamento em saúde percorridas. São referidos os métodos utilizados para a definição de prioridades e o projeto de intervenção de enfermagem comunitária “ Mexer para Viver”, o qual foi elaborado numa das áreas prioritárias que emergiram da priorização dos problemas de saúde identificados. Posteriormente, irá ser realizada uma análise crítica sobre a implementação do projeto e a reflexão sobre outras experiências vivenciadas que não se encontravam enquadradas no projeto. Este capítulo divide-se em oito subcapítulos.

O terceiro e último capítulo faz referência a uma reflexão continua sobre as competências adquiridas como enfermeira especialista.

A realização do relatório de estágio assumiu-se como uma oportunidade de reflexão extremamente importante, porque só analisando o trabalho desenvolvido, será possível perceber a necessidade de mudança, quer ao nível das estratégias utilizadas, quer ao nível dos comportamentos e atitudes. De acordo com Vasconcelos (2000) cada profissional aprende a partir da análise e interpretação do seu próprio desempenho, o que permitirá modificar e

melhorá-lo no futuro, através da identificação de erros e desenvolvimento de novas soluções.

Por outro lado, se a nossa prática implica permanentemente reflexão, a análise escrita permite que a mesma seja mais consciente e, devido a esse facto se obtenham melhores resultados no futuro, dado que a reflexão num âmbito abstrato, não permite a sua releitura nem um ato reflexivo tão cuidado.

Concluindo, a reflexão como processo de relembrar as atividades desenvolvidas, as atitudes e comportamentos demonstrados e os sentimentos experienciados, conduz a um ato de autoavaliação, essencial para o reconhecimento da necessidade de mudança e busca de soluções, que potenciam o crescimento pessoal e profissional.

## **1. ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

No currículo dos cursos superiores de enfermagem existem estágios – ensinamentos clínicos – que se realizam em instituições de saúde ou na comunidade, em diferentes contextos da atividade profissional do enfermeiro. Este ensino clínico, vulgarmente designado por estágio é um tempo de trabalho, observação, de aprendizagem e de avaliação (Silva & Silva, 2014).

O estágio realizado teve como finalidade desenvolver competências de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas ao contexto, visando a capacitação e a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidades. Assim, as atividades realizadas durante o estágio estão presentes nos cronogramas realizados (ver apêndice I e II).

Este capítulo compreende um enquadramento do local de estágio e da área de intervenção, o modelo conceitual utilizado e a importância do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

### **1.1. Enquadramento do local de estágio**

O estágio decorreu na USF Tejo. Esta é parte integrante do Centro de Saúde Sacavém que por sua vez, faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas.

O ACES Loures- Odivelas resultou da fusão do ACES V-Odivelas com o ACES VI-Loures, determinada pela Portaria nº 394-B/2012, de 29 de Novembro, a qual entrou em vigor no dia 20 de Novembro de 2012. Este ACES presta cuidados de saúde primários aos conselhos de Loures e Odivelas. É um serviço com autonomia administrativa, sujeito ao poder de direção da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT, IP) e integra 4 centros de saúde: Centro de Saúde de Loures; Centro de Saúde de Sacavém; Centro de Saúde de Odivelas; Centro de Saúde da Pontinha (Unidade de Apoio à Gestão UAP – ACES Loures-Odivelas, 2012).



Neste momento é constituído por 12 USF's, 6 das quais são modelo B, 10 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Cuidados Continuados, 1 Unidade de Saúde Pública (USP) e 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), totalizando 28 unidades funcionais. Tem ainda em funcionamento 2 CATUS (Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes), um em Odivelas e outro em Moscavide. Como serviços de apoio o ACES dispõe de 1 Unidade de Apoio à Gestão e 1 Gabinete do Cidadão (Unidade de Apoio à Gestão UAP – ACES Loures-Odivelas, 2012).

A missão do ACES Loures-Odivelas é garantir a prestação de cuidados de saúde primários da sua área geográfica. Por outro lado, a sua visão é melhorar a acessibilidade das populações aos cuidados de saúde primários. Por fim, tem como valores: acessibilidade; humanismo; satisfação; qualidade; responsabilidade; inovação; competência.

O Centro de Saúde de Sacavém, que é parte integrante do ACES Loures-Odivelas, é constituído por 6 USF (USF S.João da Talha; USF Travessa da Saúde; USF Tejo; USF Prior Velho; USF Valflores; USF Moscavide) e 3 UCSP (UCSP Apelação/Unhos; UCSP S.João da Talha; UCSP Sacavém) (UAP ACES Loures-Odivelas, 2012).

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C (UAP – ACES Loures-Odivelas, 2012). Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Assim, os três modelos apresentam características diferentes (Administração Central do Sistema de Saúde, 2017, p.1):

- “Modelo A. Este modelo corresponde na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar.

- Modelo B. Este modelo é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.
- Modelo C. Este modelo tem como característica a existência de um contrato programa. Podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio”.

Desta maneira, é importante referir que a USF Tejo passou a modelo B a 1 de Junho de 2013, tendo iniciado o programa de acreditação da DGS nesse mesmo ano.

A USF Tejo tem uma área de influência, no concelho de Loures, que abrange a comunidade da Vila de Moscavide e o Bairro da Portela (que constituem a nova União de Freguesia Moscavide e Portela). A área de influência da USF Tejo tem 21891 habitantes, pertencente a 2 comunidades muito distintas do ponto de vista social, cultural, dos recursos e da sua história. Estes habitantes têm ao dispor três instituições de saúde do serviço nacional (1 CATUS; USF Moscavide; USF Tejo), sendo que se localizam-se no mesmo edifício em Moscavide (USF Tejo, 2016)

O plano de ação 2016-2018 da USF Tejo tem como objetivo cumprir programas, focando-se na acessibilidade e satisfação dos clientes, na aproximação com a comunidade e no compromisso com a qualidade. Toda a estrutura do plano visa o cumprimento dos programas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a obtenção de bons resultados nos indicadores e obtenção de ganhos em Saúde. São preocupação da USF Tejo os custos financeiros e ambientais, mas principal preocupação é a saúde e o bem-estar do cliente. “Cuidar em Saúde” é o lema da USF Tejo (USF Tejo, 2016).

Na USF Tejo desempenham-se prestação de cuidados de saúde nas seguintes áreas: Saúde da Mulher (Planeamento familiar e rastreio oncológico); Saúde Materna; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde do Adulto e do Idoso (Doença Crónica: Consulta de Diabetes e Hipertensão Arterial e patologia múltipla);

Cuidados de Saúde Domiciliários; Sala de tratamentos/ Cuidados Curativos; Vacinação (USF Tejo, 2016).

A USF Tejo apresenta uma equipa multidisciplinar constituída por: 7 médicos; 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Em Janeiro de 2016 a população da USF Tejo era de 13380 clientes inscritos, distribuídos por sete equipas, que são constituídas por um médico e um enfermeiro.

## **1.2. Enquadramento da área de intervenção**

A Diabetes é uma doença grave, crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar eficazmente a insulina que produz. É um problema de saúde pública e considerada uma das quatro doenças não transmissíveis prioritárias a nível mundial (OMS, 2016).

Desta forma, segundo o Observatório Nacional de Diabetes (2015), estima-se que em 2014 existam no mundo 387 milhões de pessoas com diabetes, sendo que em 2035 este valor subirá para os 596 milhões. O número de pessoas com diabetes tipo 2 está a aumentar em todos os países. Além disso, a diabetes provocou 4,9 milhões de mortes no mundo em 2014. A cada sete segundos morre uma pessoa por diabetes.

Por outro lado, o número de pessoas com 60 anos ou mais na Europa irá aumentar até 2015, passando de 21% em 2006 para 34% em 2050 (OMS, 2010). O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que afetou ou virá a afetar todos os homens, mulheres e crianças em todos os lugares do planeta. Em alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), entre 40% a 50% dos gastos com saúde são atribuídos aos idosos e o custo *per capita* daqueles que possuem mais de 65 anos é 3 a 5 vezes maior que dos outros grupos etários (OMS, 2010). Em concordância, a população com idade  $\geq$  a 65 anos tem vindo a aumentar em Portugal, pelo que em 2001 eram 16,3% e em 2011 é 19,03% (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2013).

Quando analisada a prevalência da Diabetes em Portugal por faixa etária é visível que a maior percentagem corresponde ao intervalo de idade 60-79 anos.

Não obstante, e de acordo com o Observatório Nacional da Diabetes (2015, p.8) “o impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,4 pontos percentuais da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2014, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 12%”. Desta maneira, Portugal é dos países da União Europeia com uma maior prevalência de diabetes (*International Diabetes Federation*, 2015). Contudo, registam-se outros indicadores com evoluções preocupantes, como por exemplo, o aumento dos internamentos associados à diabetes, bem como o aumento da despesa com medicamentos (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Relativamente à incidência existiram 520 novos casos por 100000 habitantes em 2014. No entanto, a incidência em 2013 era por volta de 550 novos casos por 100000 habitantes (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

No que diz respeito à mortalidade na diabetes, na última década tem-se verificado uma diminuição significativa do número de anos potenciais de vida perdida por diabetes em Portugal (-37%). Não obstante, em 2013 a Diabetes representou cerca de oito anos de vida perdida por cada óbito por diabetes na população com idade inferior a 70 anos. Desta forma, a diabetes assume um papel significativo nas causas de morte, tendo estado na origem de 4% das mortes ocorridas em 2014 (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Em relação ao tratamento da diabetes, 25% dos diabéticos em Portugal são tratados com insulina e 50% fazem medicação oral, de modo a aumentar a secreção de insulina e eficiência da utilização da glicose. Os restantes diabéticos controlam os níveis de glicémia com dieta e exercício. Embora a glicémia não tenha cura, um bom controlo da glicémia pode prolongar a vida e evitar complicações nos diabéticos (Seeley, 2003).

A escolha da população alvo surgiu da análise dos dados epidemiológicos descritos, da proposta dos profissionais da USF Tejo e da reflexão conjunta,

uma vez que uma das principais fragilidades dos clientes da USF Tejo é o envelhecimento populacional (Plano ação USF Tejo, 2016-2018).

Desta forma, a USF Tejo, instituição onde foi realizado o estágio, apresenta 13380 clientes inscritos, sendo que 4577 clientes têm idade  $\geq$  a 65 anos, ou seja, 32,5% dos clientes inscritos na USF Tejo. Por outro lado, o número de clientes diabéticos inscritos na USF Tejo são 1130, sendo que, foi escolhida para população alvo os clientes diabéticos com idade  $\geq$  a 65 anos da listagem de uma enfermeira, ou seja 196 diabéticos tipo 2. Desses 196 diabéticos 148 têm idade  $\geq$  a 65 anos e 48 utentes têm idade  $<$  a 65 anos. Assim, foi definida a população alvo do projeto de intervenção comunitário, sendo constituída por 148 clientes diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos, pertencentes à listagem de uma enfermeira da USF Tejo (USF Tejo, 2016).

Por outro lado, a escolha da área de intervenção teve por base a realização da primeira e segunda etapa do planeamento em saúde, o diagnóstico de situação e definição de prioridades respetivamente (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, foi definido como diagnóstico prioritário da população alvo “Capacidade de gestão do regime de AF comprometido” (ver sub-capítulo 2.2 Definição de prioridades).

Desta forma, a inatividade física é considerada como um dos principais factores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Assim, foi sugerido pela OMS dotar esta área de instrumentos de organização estratégica que facilitem a organização dos serviços, a formação de pessoal e a distribuição de recursos que podem promover a AF e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de AF nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que os cidadãos reconheçam as vantagens de ter uma vida mais ativa (OMS, 2016).

Os resultados do Eurobarómetro 58,2 (Special Eurobarometer Wave 58,2) realizado em 2002 através de um questionário internacional de atividade física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ) demonstraram que Portugal tem a prevalência de AF mais baixa (40,7%) da Europa (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011). Assim, 36% dos Portugueses afirmaram “Nunca” realizar qualquer tipo de AF. Considerando ainda os resultados dos

Eurobarómetros (2002, 2004 e 2010) e do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) realizado nos Estados Unidos em 2003-2004, (um estudo que avaliou a actividade física de aproximadamente 4867 norte-americanos por acelerometria), estes sugerem que os homens são mais ativos que as mulheres e que a AF diminui com a idade (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011).

Em Portugal verifica-se uma diminuição da AF total a partir dos 65 anos. De acordo com a recomendação para a saúde da OMS em Portugal a AF praticada pelos idosos (> 65 anos) é insuficiente (<30 min/dia) (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011). Assim, numa perspetiva nacional, é prioritário que os diferentes grupos populacionais tenham acesso a orientações para a AF, bem como a criação de condições para a realização de AF, através de políticas intersectoriais e multidisciplinares (DGS, 2016).

Durante muito tempo, médicos, outros profissionais de saúde e muitas pessoas com mais idade consideravam perigoso a realização de AF por parte dos idosos. Esta atitude devia-se ao facto de considerarem as pessoas acima dos 60 anos como pessoas frágeis, débeis e/ou incapacitadas (DGS, 2011). Atualmente verifica-se um aumento forte ao nível da evidência dos benefícios da prática de AF, contribuindo para um estilo de vida independente e saudável, melhorando muito a capacidade funcional e a qualidade de vida da população idosa (Morgadinho, 2012).

Assim, a AF é um importante benefício para a diabetes tipo 2. Na concessão do projeto de estágio foi realizada uma *scoping review*, onde foi constatado que a prática de AF tem implicações no controlo da diabetes tipo 2, nomeadamente (Borodulin *et al*, 2006; Caetano & Tavares, 2008; Codogno *et al*, 2011; Copeland, Crank & Hall, 2010; Diaz-Valencia *et al*, 2015; Dyck *et al*, 2011; Eakin *et al*, 2010; Espeland *et al*, 2013; Figueira *et al*, 2014; Firouzi, Barakatun-Nisak & Azmi, 2015; Iijima *et al*, 2012; Irvine & Taylor, 2009; Jackson, Asimakopoulout & Scammell *et al*, 2007; Moreno *et al*, 2014; Morey *et al*, 2012; Morgadinho, 2012; Nysten *et al*, 2010; Lohmann, Siersma & Olivarius, 2010; Long *et al*, 2013; Phillips, 2014; Sieverdes *et al*, 2009; Xiu, *et al*, 2013; Xu, Pan & Liu, 2010; WHO, 2010) (ver apêndice III):

1. Diminui a glicémia no sangue, ajudando no seu controlo;
2. Diminui o peso;
3. Diminui o colesterol;
4. Diminui os lípidos;
5. Diminui a tensão arterial;
6. Aumenta a força muscular;
7. Diminui e ajuda no controlo da hemoglobina glicada;
8. Redução da depressão;
9. Diminui a mortalidade;
10. Aumenta a autonomia e independência;
11. Aumenta a saúde mental e física;
12. A AF é acessível, barato e não farmacológico;
13. Estratégia para o sistema de saúde, pois diminui os custos com o tratamento da diabetes e as suas comorbilidades;
14. Aumenta a qualidade de vida;

A área de intervenção do estágio teve em consideração o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), o livro verde da atividade física (2011), Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015) e a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF) (2014, 2016).

### **1.3. Modelo concetual**

A intervenção em saúde nas comunidades deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar os grupos a lidar com as fontes de stress, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causando pela exposição ao risco (Neuman, 2011).

Para haver uma evolução na prática de cuidados, foi importante relacionar de uma forma mais estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, dando-lhe sentido, pois só assim é possível fundamentar as decisões tomadas aquando a concessão do projeto de intervenção.

Assim, optou-se por fundamentar a intervenção nos pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman, pois este modelo permite atuar vendo a pessoa inserida num sistema, seja ele a família, a comunidade ou uma instituição hospitalar, em que no seu processo saúde-doença está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes factores de stress (stressores), causando-lhe desequilíbrio (Neuman, 1989). Desta maneira, o modelo facilita a compreensão dos factores que desencadearam a situação de crise, identificando stressores presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem com vista à resolução dos seus problemas no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar. Deste modo, a sua aplicação no caso da diabetes permite compreender o que desencadeou a situação atual, identificando stressores presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem com vista à resolução dos seus problemas no sentido de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar.

Na investigação em enfermagem, o Modelo de Sistemas de Betty Neyman (2011) parece ser o que melhor se ajusta à interação entre o sistema cliente e os stressores.

Assim, o modelo de Neuman (2011) é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, desenvolvida para fornecer um ponto de interesse e união da definição de problemas de enfermagem e para melhorar compressão da interação com o ambiente. Deste modo, enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (Neuman, 2011).

O modelo de sistemas de Betty Neuman teve origem na década de 70 com a finalidade de ajudar os alunos da licenciatura e avaliar os problemas de enfermagem, e baseia-se na teoria de Gestalt, na teoria do stress, na teoria dos sistemas e nos níveis de prevenção (Tomey & Alligood, 2002). Este modelo defende uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a factores de stress (Neuman, 1989). Deste modo, trata-se de um modelo que é adaptável e por isso, útil em todos os



contextos de enfermagem, da prática, à investigação e ensino, dado que em qualquer destes contextos o Modelo de Sistemas de Neuman enfatiza o cliente como um todo.

Os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem integram o modelo teórico de Betty Neuman, constituindo o metapradigma em enfermagem.

Assim, de acordo com Neuman (1989) e Tomey & Alligood (2004) a **pessoa** é abordada de uma forma global incluindo indivíduos, famílias/grupos e comunidade e é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interação com o que a rodeia, tendo sempre em conta os factores fisiológicos (referentes à estrutura e função corporal), psicológicos (referentes aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referentes às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais (referentes à influências exercidas pela crença espiritual).

De acordo com o mesmo modelo para Newman, o **ambiente** são todos os factores ou influências, internas e externas, que circundam o cliente ou o seu sistema, que afetam ou são afetados por este, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais (Tomey & Alligood, 2002).

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, quando as partes do sistema estão num estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades do sistema são satisfeitas, resultando no bem-estar e estabilidade do seu sistema. Assim, segundo Tomey & Alligood (2002), os **stressores** são forças ambientais, estímulos produtores de tensão que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema do indivíduo e podem ser:

- **Intrapessoais**, que dizem respeito a forças que ocorrem no próprio indivíduo, como por exemplo, atributos físicos, atitudes ou grau de desenvolvimento pessoal.
- **Interpessoais**, que são relativos a forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, por exemplo na relação entre familiares ou relações profissionais.

- **Extrapessoais**, que correspondem a forças que ocorrem fora do indivíduo, por exemplo, a habitação e desemprego.

Neuman refere que cada pessoa possuiu uma estrutura básica. A estrutura básica encontra-se rodeada por anéis concêntricas, que funcionam como mecanismos protetores visando a integridade do cliente/sistema (Tomey & Alligood, 2002). A **linha normal de defesa** é o círculo sólido exterior do modelo e representa um estado de estabilidade para o indivíduo ou sistema, sendo preservada ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar do habitual bem-estar do cliente, incluindo variáveis e comportamentos do sistema (por exemplo, estilos de vida). A linha de defesa flexível é dinâmica e pode ser alterada num curto intervalo de tempo, entendida como proteção adicional que tem um efeito amortecedor para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar. Por outro lado, a relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) podem afetar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha de defesa flexível contra uma reação a um stressor. Por sua vez, as linhas de resistência, representam factores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor, como por exemplo, o sistema imunitário de resposta (Tomey & Alligood, 2002).

Neuman define **saúde** como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A autora entende saúde como um *continuum* e não como uma dicotomia de bem-estar e doença (Neuman, 1989).

Neuman define **enfermagem** como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos factores de stress. Para Neuman, o objetivo de enfermagem é manter ou atingir a estabilidade total do sistema, reduzindo os factores de stress e as condições adversas, através das intervenções aos três níveis de prevenção (Tomey & Alligood, 2002):

- **Prevenção Primária** – ocorre quando se suspeita ou se identifica um stressor, antes que a reação ocorra. Fortalece a linha flexível de defesa

através da prevenção do stress e dos factores de risco, diminuindo a possibilidade de reação;

- **Prevenção Secundária** – acontece após o início da reação e procura reforçar as linhas de resistência para reduzir o grau de reação, através dos recursos internos e externos do indivíduo.
- **Prevenção Terciária** – ocorre após o tratamento ativo ou prevenção secundária e visa manter ou restaurar o equilíbrio do sistema, fortalecendo as linhas de resistência para prevenir reações futuras, em direção à prevenção primária.

Relativamente à diabetes, os clientes com diabetes já foram expostos a vários factores de stress, deste modo, para atingir a estabilidade do sistema é necessário começar por otimizar os seus recursos internos e externos, e posteriormente a sua manutenção. Neste sentido as intervenções de enfermagem serão fundamentadas a nível da prevenção primária.

O Modelo dos Sistemas de Betty Neuman foi um importante contributo para a concretização do projeto de intervenção comunitário.

#### **1.4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Ao longo dos tempos, muitas são as modificações que ocorreram na sociedade e consequentemente a crescente complexidade de atuação profissional na área da saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

Desta forma, a Organização Mundial de Saúde atenta às modificações que se têm sentido nas sociedades e às novas realidades socio económicas emanou um conjunto de diretrizes que assentam em pilares axiológicos fundamentais como o são a equidade, a solidariedade e a justiça social. Estes pressupostos implicam uma reorientação da oferta em cuidados de saúde e muito em particular no âmbito dos cuidados de saúde primários como respostas às crescentes expectativas das populações e inerentes desafios de

saúde do mundo de hoje que atravessam todos os contextos vivenciais dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

O *International Council of Nurses* (ICN) (2008) refere que “os enfermeiros ao trabalharem junto da população assumem um papel crucial na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado”. O cumprimento deste desiderato exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade idiossincrática de cada comunidade.

Desta forma, os enfermeiros começam progressivamente a consciencializar-se da importância de uma formação especializada e da mobilização de saberes, sendo que procuram conciliar melhores formas de transferir esse conhecimento para a sua prática diária.

Assim, neste contexto a OE publica o Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro, onde são definidas as competências comuns do enfermeiro especialista:

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2011, p.2).

No mesmo regulamento, é referido que ao enfermeiro especialista independentemente da sua área de especialização deve demonstrar:

“competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permite avançar e melhorar a prática da enfermagem” (OE, 2011, p.2).

Neste contexto, a OE (2011) define quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais.

Deste modo, o enfermeiro especialista deve promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégias institucionais na área da governação clínica; ser capaz de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; ser um bom gestor de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com os seus colaboradores. Deverá igualmente ser capaz de garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adaptar a liderança e a colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; desenvolver o auto-conhecimento e assertividade; e basear a sua praxis clínica e especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº122/2011).

No que concerne à área de enfermagem comunitária, esta é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade. Poder-se-á dizer que é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazerem (Correia *et al*, 2001).

Assim, de acordo com Correia *et al* (2001, p.76), a enfermagem comunitária assenta em características tais como:

- ✓ “Foco em populações que vivem em comunidade;
- ✓ “Uso de estratégias para a promoção e manutenção de estilos/comportamentos saudáveis e prevenção da doença na população, investindo na informação em saúde em larga escala e a sua utilização na melhoria da qualidade de vida;
- ✓ Uso de estratégias que têm, necessariamente, em conta o contexto sociopolítico em que se inserem;
- ✓ Participação em estudos de carácter epidemiológico e outros que visem a resolução de problemas de saúde da comunidade; “

No ano 2011, para além das competências de enfermeiro especialista, a OE define as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro. Assim, esse regulamento refere que:

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Regulamento nº182/2011)”.

Por outro lado, no mesmo documento, mas no artigo 4º é definido que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve adquirir as seguintes competências:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
  - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
  - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
  - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- (Regulamento nº 128/2011:8667)

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processo de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

## **2. METODOLOGIA**

Neste capítulo irá ser descrito a metodologia utilizada para a concretização do projeto de intervenção de enfermagem comunitário.

O Projeto de intervenção comunitário foi realizado em Julho de 2016 e com ele foi realizado o cronograma do segundo e terceiro semestre (ver apêndice I, II e III).

Assim, o projeto e toda a intervenção desenvolvida, foram baseados no Planeamento em Saúde e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para uma resposta mais eficaz e de encontro às necessidades da população alvo.

Deste modo, o planeamento em saúde consiste num conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das ações que visam transformar uma determinada realidade. Este deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, pois não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a fazê-la (Imperatori & Geraldès, 1993). Baseia-se nas seguintes etapas (Imperatori & Geraldès, 1993):

- 1-Diagnóstico de Situação
- 2-Definição de Prioridades
- 3-Fixação de Objetivos
- 4-Seleção de estratégias
- 5-Elaboração de Projetos e Programas
- 6-Preparação da execução
- 7-Execução
- 8-Avaliação

## **2.1. Diagnóstico de situação**

A primeira fase do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação. Este deve ir ao encontro das necessidades da população alvo.

Tanto Imperatori & Geraldès (1982) como Tavares (1990) referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas. Para tal, necessita de uma boa análise na sua preparação (colheita de dados, recursos, tempo,...) a fim de ser pertinente. Refere Tavares (1990) que quando se fala em diagnóstico de situação, há que considerar dois conceitos importantes: problema e necessidade. Assim, como problema de saúde considera-se “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”, por sua vez, necessidade “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que pretende atingir” (Tavares, 1990). As necessidades podem ser reais ou sentidas e estas últimas podem ser

expressas ou não expressas. Neste sentido, quando se faz o diagnóstico de situação identificam-se problemas e determinam-se necessidades.

No fim desta fase deverão definir-se os principais problemas de saúde (Imperatori & Geraldles, 1993).

Assim, de seguida são apresentados os vários passos percorridos para a execução do Diagnóstico de Saúde, que foram: definição da população alvo e amostra, definição do instrumento de colheita de dados, bem como da amostra e apresentação e análise de resultados.

### **2.1.1. População alvo e amostra**

De acordo com Carmo & Ferreira (1998) a população ou universo, corresponde ao conjunto de elementos com uma ou mais características comuns que estão abrangidos por uma mesma definição e que os diferenciam de outros conjuntos de elementos. Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas ou elementos, que têm características comuns. Deste modo, a população alvo definida para a elaboração do projeto de intervenção foi constituída por todos os clientes diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos da listagem de uma enfermeira ( $n=148$ ).

A amostra do diagnóstico de situação foi constituída por todos os clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos da listagem de uma enfermeira que foram à consulta de enfermagem de diabetes entre Setembro e Outubro de 2016 e responderam ao questionário. Durante esse período foi obtida uma amostra de 34 clientes ( $n=34$ ), ou seja, 22% da população alvo.

Por outro lado, na recolha de dados para a realização do diagnóstico de situação, foi garantido o anonimato e os resultados foram utilizados exclusivamente para fins académicos.

O processo de seleção da amostra ou técnica de amostragem representa a seleção de uma parte ou de um subconjunto de uma população ou universo. Como tal os elementos que constituem uma amostra representam a população



a partir da qual foram selecionados (Carmo & Ferreira, 1998). A amostra é não probabilística, uma vez que foi selecionada de acordo com um ou mais critérios julgados importantes, tendo em conta os objetivos do trabalho a realizar. De entre os tipos de amostragem não probabilística, optou-se por uma abordagem de conveniência, na qual é utilizado um grupo de pessoas que estejam disponíveis (Carmo & Ferreira, 1998).

### **2.1.2. Instrumento de colheita de dados**

Inerente à concretização de qualquer trabalho de investigação, a recolha de dados assume-se como fundamental à programação das ações a desenvolver para a sua implementação.

De acordo com Fortin (1999), a colheita de dados é um processo de observações, e medida e de consignação de dados, visando recolher informações junto dos sujeitos que participam numa investigação.

Assim, após a escolha da população alvo, foram escolhidos os instrumentos de colheita de dados para utilizar na realização do diagnóstico de situação e, de modo a identificar as possíveis áreas de intervenção. Foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados: o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ versão curta) validado para a população portuguesa (Craig *et al*, 2003; Mota & Sardinha, 2003); e o índice de Barthel.

O questionário como método de colheita de dados tem como objetivo recolher a informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, entre outros. Neste caso, exige dos inquiridos respostas escritas a um conjunto de questões (Fortin, 2009).

Deste modo, com a parte A do questionário pretendeu-se caracterizar a amostra, sendo que foram recolhidos dados sobre: Dimensão sociodemográfica (Sexo e Idade); Dimensão formação (habilitações académicas); Dados antropométricos; Hábitos Tabágicos; Hipertensão e valor da tensão arterial; Valor glicémia; Valor da hemoglobina glicada; Prática de AF (ver apêndice IV).

Na parte B do questionário pretendeu-se medir a AF, tendo sido aplicado o IPAQ versão curta. O IPAQ foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Abril de 1998, numa reunião em Genebra, devido às dificuldades de encontrar medidas da AF internacional comparáveis. Desta forma, a OMS, a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska da Suécia reuniram ilustres investigadores na área, de modo a desenvolverem e a testarem um instrumento para medir a AF a nível mundial (Craig *et al*, 2003). Esse grupo, denominado Comitê Internacional de AF e Saúde, começou a desenvolver então o IPAQ em diferentes versões e realizou no ano 2000, estudos em 12 países (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil) de modo a determinar a confiabilidade e validade do instrumento com a participação de 196 indivíduos (Craig *et al*, 2003). Em 2001 o IPAQ publicou um relatório parcial dessa mesma aplicação experimental, no qual indicavam que o IPAQ apresentava características psicométricas aceitáveis para uso em estudos de prevalência sobre a participação em atividades físicas. Os resultados foram então publicados por Craig e outros autores (Craig *et al*, 2003).

O IPAQ é um instrumento que mede a AF referente aos últimos sete dias. Neste questionário os indivíduos são inquiridos sobre toda a AF de intensidade vigorosa, AF de intensidade moderada e sobre os hábitos de marcha, quer sejam inerentes às atividades de vida diária – AF vida diária (atividades profissionais, atividades domésticas, jardinagem, agricultura, deslocações, etc) ou AF organizada e estrutura – exercício, tendo como referência a última semana (Craig *et al*, 2003) (ver anexo I).

Como Portugal pertenceu ao Comitê Internacional de Atividade Física e Saúde, o IPAQ foi validado para Português por Mota & Sardinha (2000). Assim, foi concedida autorização dos autores para a utilização do IPAQ (ver anexo II e ver apêndice V).

Para além do IPAQ foi realizada a avaliação do índice de Barthel através da observação e interrogação direta, registando no sistema de informação evolutivo SClínico Hospitalar. O SClínico Hospitalar é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da

Saúde (SPMS), tendo crescido para ser uma aplicação única comum a todos os prestadores de cuidados de saúde centrada no cliente (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2017). O índice de Barthel avalia o nível de independência do cliente para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Sequeira, 2007 citando Mahoney & Barthel, 1965).

Assim, o índice de Barthel pretende avaliar se o cliente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente. Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de: 0-20 indica “Dependente total”; 21-60 indica “Dependente em grau elevado”; 61-90 “Dependente em grau moderado”; 91-99 indica “Dependente em grau reduzido” e 100 indica “Independente” (Sequeira, 2007) (ver anexo III).

Todos os dados foram obtidos através da aplicação do IPAQ e do índice de Barthel entre Setembro e Outubro de 2016, com uma amostra total de 34 clientes.

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem. Revela-se fundamental a consideração de todos os procedimentos pois em investigação existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009). Dado este facto, foi solicitada e concedida a autorização para a recolha de dados, por parte da Comissão de Ética para a saúde da ARSLVT (ver anexo IV e apêndice VI).

### **2.1.3. Apresentação e análise de resultados**

De acordo com Fortin (2003) a apresentação e análise de resultados inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para tal procedimento, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação e comunicação dos resultados. Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao

programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) IBM® SPSS® versão 22 (ver apêndice VII).

Os resultados descritivos foram obtidos utilizando frequências, percentagens e medidas de tendência central para as características da amostra. De modo a melhorar a imagem visual dos resultados, foram realizadas tabelas presentes no apêndice VII.

A análise dos dados foi realizada às respostas dadas pelos 34 clientes, que constituíram a amostra do diagnóstico de situação, sendo que desses 34 clientes, 20 (41%) eram do sexo feminino e 14 (59%) eram do sexo masculino. Relativamente à idade, a média de idades foi de 75 anos, tendo como mínimo os 66 anos e como máximo os 91 anos.

No que diz respeito ao Índice de massa corporal (IMC) e de acordo com os valores de referência da DGS (2016), a maioria dos clientes tinham excesso de peso (n=29; 85%).

Em relação à glicémia pós-prandial e de acordo com os valores de referência da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2017) 21 clientes (61,8%) encontravam-se com o valor da glicémia elevado (> 140 mg/dl).

No que se refere à Hipertensão Arterial (HTA) os dados revelam que 31 clientes (94%) têm diagnosticado HTA, sendo que 12 clientes (35%) encontravam-se com valores de tensão arterial elevados (no estadio 1 e 2).

No que concerne à hemoglobina glicada (HbA1c) e de acordo com os valores de referência da APDP (2017) 25 clientes (65%) tinham um mau controlo da HbA1c.

Relativamente aos hábitos tabágicos, os 34 clientes (100%) revelaram que nunca fumaram.

No que diz respeito às habilitações académicas, a maioria da amostra tem o ensino básico (28 clientes = 82,4%).

Em relação à vacinação 28 clientes (82,4%) referem desconhecer se têm o seu estado vacinal atualizado.

Por outro lado, no que se refere ao comportamento de procura de saúde a maioria dos clientes referiram que foram convocados por telefone (25 clientes = 75%), sendo que só 2 clientes (4%) marcaram consultas por incentivo próprio.

Seguidamente importa realizar a descrição e análise dos dados relativos à prática de AF. Assim, 17 clientes (50%) referiram praticar AF e 17 clientes (50%) referiram não praticar AF. Daqueles que referiram praticar AF (17 clientes = 50%), na sua maioria realizam caminhadas (14 clientes = 82%). Por outro lado, aqueles que referiram não praticar AF (17 clientes = 50%), na sua maioria referiram não realizar devido a alterações na sua mobilidade (14 clientes = 82%). Desta maneira, os clientes que referiram não praticar AF ao serem questionados sobre se gostariam de começar a praticar AF, na sua maioria referiram que sim (15 clientes = 88%).

De seguida importa perceber os resultados descritivos do IPAQ versão curta em relação aos últimos 7 dias e à média de tempo dedicado à AF. Assim, 32 clientes (94%) referiram não praticar AF vigorosa, 26 clientes (76,5%) referiram não praticar AF moderada. No que diz respeito a andar/caminhar, na sua maioria referiram andar/caminhar 3 dias por semana (24 clientes = 70%), contudo, só 1 cliente (3%) referiu andar/caminhar todos os dias (7 dias por semana). Relativamente aos minutos por dia realizados a andar/caminhar a maioria referiu andar/caminhar durante 10 minutos por dia (17 clientes = 50%). Por outro lado, unicamente 12 clientes (35%) referiram andar/caminhar 30 minutos ou mais. Por fim, quanto ao tempo em que passam sentados, a média corresponde a 9 horas por dia, o mínimo foi 6 horas e o máximo 12 horas, sendo que a maioria dos clientes referiram que passam 6 horas por dia sentados (8 clientes = 23%).

No que diz respeito aos resultados da aplicação do índice de Barthel, 17 clientes (50%) foram classificados como independentes e 17 clientes (50%) foram classificados como dependentes em grau reduzido (ver apêndice VII).

#### **2.1.4. Stressores e Diagnósticos de enfermagem**

Com base no Modelo de Betty Neuman e após a análise dos dados, foram identificados stressores intrapessoais na variável fisiológica. Após a

identificação dos stressores foram então definidos os diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIE®) versão 2, (2011) como se pode observar no quadro 1.

Desta forma, suportados pela teoria de Betty Neuman estabeleceram-se os diagnósticos definidos no quadro 1. Assim, a intervenção de enfermagem nos clientes diabéticos com idade  $\geq 65$  anos situa-se ao nível da prevenção primária, sendo que a capacitação dos clientes desenvolve-se através do fortalecimento da linha flexível de defesa através da prevenção dos stressores e dos factores de risco. Desta forma, há uma restauração da estabilidade do sistema-cliente (Neuman, 2011).

**Quadro 1 – Stressores e Diagnósticos de Enfermagem**

| <b>STRESSORES INTRAPESSOAIS NA VARIÁVEL FISIOLÓGICA</b>   | <b>DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIE,2010)</b>                      |
|---|---|
| 85% dos clientes tinham excesso de peso ou são obesos   | <b>Capacidade de gestão sobre o regime dietético comprometido</b> |
| 94% dos clientes têm o diagnóstico de hipertensão arterial  |   |
| 35% dos clientes tinham valores de tensão arterial elevados                                       |   |
| 62% dos clientes tinham a glicémia pós-prandial elevada ( $>140\text{mg/dl}$ )                    | <b>Metabolismo energético comprometido</b>                        |
| 65% dos clientes tinham um mau controlo da HbA1c  |   |
| 82% dos clientes desconhecem o seu estado vacinal   | <b>Comportamento de procura de saúde comprometido</b>             |
| 75% dos clientes não tomou iniciativa para marcar a consulta de enfermagem vigilância de diabetes |   |
| 100% dos clientes passam em média 9 horas sentados por dia  | <b>Capacidade de gestão</b>                                       |

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

|  |   |
|--|---|
| 50% dos clientes não praticam AF                               | <b>do regime de atividade física comprometido</b> |
| 97% dos clientes não andam/caminham todos os dias              |   |
| 76% dos clientes não praticam AF moderada                      |   |
| 65% dos clientes realizam menos de 30 minutos a andar/caminhar |   |
| 82% dos clientes não praticam AF por problemas de mobilidade   | <b>Mobilidade comprometida</b>                    |
| 50% dos clientes são dependentes em grau reduzido              |   |

## 2.2. Definição de prioridades

A segunda etapa do planeamento em saúde é a definição de prioridades, que corresponde à seleção dos critérios de decisão, onde se estimam e compararam problemas. Desta forma, para determinar as prioridades pode-se recorrer a várias técnicas (Imperatori & Giraldes, 1993). No entanto, torna-se fundamental que os diagnósticos de saúde sejam comparáveis, quer a nível da sua natureza, quer ao nível do seu grau de abstração (Imperatori & Giraldes, 1993).

A seleção de prioridades é a hierarquização dos problemas, a determinação do que necessita de uma intervenção de forma hierárquica. É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá consequentemente determinar a fase seguinte, que é o estabelecimento de objetivos (Imperatori & Giraldes 1993).

De forma a seguir um caminho mais objetivo possível para a definição de prioridades, foi escolhido o método de Hanlon. O método de Hanlon destina-se particularmente, à classificação de problemas de saúde (Pereira, 2011; García, Arquilles & Flores, 2012). O interesse por este método radica no facto de que os critérios que o integram serem os mais utilizados em matéria de terminação de prioridades (Pineault & Develuy, 1987). Por outro lado, o método de Hanlon permite uma grande flexibilidade, podendo estimar-se cada um dos critérios com base em dados objetivos.

Assim, este método estabelece prioridades com base em quatro critérios: (A) a amplitude ou magnitude do problema, (B) a gravidade do problema, (C) a

eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990), sendo estes os principais critérios que permitem a tomada de decisão em relação às prioridades em saúde (Pereira, 2011; García, Arquilles & Flores, 2012).

Desta maneira e segundo Tavares (1990), no método de Hanlon, a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da seguinte fórmula, que se aplica a cada um dos problemas considerados, onde as letras correspondem aos critérios acima enunciados: Valor de Prioridade =  $[(A+B)C \times D]$ .

Tavares (1990) salienta que a escolha e a definição dos critérios incluídos na fórmula, assim como o peso que lhes é atribuído, estão definidos, mas podem ser baseados num consenso de grupo. Os critérios do método de Hanlon foram baseados num consenso com a enfermeira orientadora de estágio e especialista em saúde comunitária da USF Tejo (ver apêndice VIII).

Assim, foi realizada a análise dos diagnósticos utilizando o método de Hanlon (ver quadro 2).

**Quadro 2 - Análise dos diagnósticos de enfermagem de acordo com o método de Hanlon**

| ANÁLISE MÉTODO DE HANLON                                   |                            |                            |                          |                     |                                 |             |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------|-------------|
| Diagnósticos de Enfermagem                                 | A<br>Amplitude do Problema | B<br>Gravidade do Problema | C<br>Eficácia da Solução | D<br>Exequibilidade | Valor total $[(A+B)C \times D]$ | Ordem final |
| Capacidade de gestão sobre o regime dietético comprometido | 9                          | 10                         | 0,5                      | 1                   | 9,5                             | 2º          |



A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

|  |          |           |          |          |           |           |
|--|----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Metabolismo energético comprometido                                    | 7        | 9         | 0,5      | 1        | 8         | 4º        |
| Comportamento de procura de saúde comprometido                         | 9        | 9         | 0,5      | 1        | 9         | 3º        |
| <b>Capacidade de gestão do regime de atividade física comprometido</b> | <b>9</b> | <b>10</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>20</b> | <b>1º</b> |
| Mobilidade comprometida  | 5        | 7         | 0,5      | 1        | 6         | 5º        |

Após a análise e como se observa no quadro 7 acima, o diagnóstico prioritário foi: “ Capacidade de gestão do regime atividade física comprometido”.

Desta maneira, esta foi a área de intervenção definida.

### 2.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde. Para Imperatori & Geraldles (1993) esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.

Para Tavares (1990, p.113) “os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projetos, constitutivo dos programas que, no seu conjunto formam os planos.

Assim, de seguida apresenta-se a finalidade, o objetivo geral, os objetivos específicos e os objetivos operacionais do projeto.

### **Finalidade**

Assim, o projeto de intervenção teve como finalidade: Capacitar os clientes diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos para a prática de AF.

### **Objetivo Geral**

Por outro lado, foi definido como objetivo geral: Promover a AF nos clientes diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos, de modo a realizarem uma melhor gestão da diabetes tipo 2.

### **Objetivos específicos**

Os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja alcançado, detalhando-o nas suas diversas componentes, o que o torna mais fácil de ser atingindo (Tavares, 1990). Desta forma, foram definidos como objetivos específicos:

- Aumentar o conhecimento sobre AF;
- Aumentar o número de clientes que praticam AF;
- Incentivar à prática de AF;
- Sensibilizar a equipa da USF Tejo para a promoção da AF nos diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  65 anos e para a importância de dar continuidade ao projeto de intervenção.

### **Objetivos operacionais**

Por outro lado, foram definidos como objetivos operacionais:

- ✓ Que pelo menos 75% dos clientes adquiram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos;

- ✓ Que pelo menos 10% dos clientes com diabetes tipo 2, com idade  $\geq 65$  anos e dependentes em grau reduzido iniciem a prática de atividade física;
- ✓ Que pelo menos 40% dos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq 65$  anos que realizam AF pelo menos 5 dias por semana durante 30 minutos até Julho de 2017;
- ✓ Que pelo menos 50% dos elementos da equipa da USF Tejo sejam sensibilizados para dar continuidade ao projeto de intervenção na comunidade realizado;

## **2.4. Seleção de estratégias**

Na quarta etapa do planeamento em saúde, procede-se à seleção de estratégias que consiste em conceber um processo baseado num conjunto de técnicas específicas organizadas com finalidade de alcançar um objetivo pré-fixado, reduzindo os problemas de saúde prioritários.

Para que se elaborem corretamente as estratégias de acordo com Tavares (1990, p.66) é necessário:

1. Estabelecer os critérios de conceção das estratégias;
2. Enumerar as modificações necessárias;
3. Esboçar estratégias potenciais;
4. Escolher as estratégias mais realizáveis;
5. Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas;
6. Estimar os custos das estratégias;
7. Avaliar a adequação dos custos futuros;
8. Rever estratégias e os objetivos (se necessário);

Os clientes com diabetes tipo 2 devem executar um complexo plano de ações comportamentais de cuidados diariamente, ao longo da sua vida (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006). Essas ações envolvem o estilo de vida, medicação (insulina ou antidiabéticos orais) monitorização dos níveis de glicémia, respostas a sintomas de hipoglicémia ou hiperglicemia, cuidados com os pés, adesão à atividade física e procura de cuidados de saúde adequados para a

diabetes tipo 2 ou para outros problemas de saúde (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

Deste forma, apresenta-se como fundamental para a prática do enfermeiro (mais concretamente o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária) a educação para a saúde em contexto da promoção da saúde. Alguns autores referem que estes dois termos se podem confundir, por isso é importante destacar que, a última é uma atividade, um movimento abrangente que resulta da combinação planeada de suportes políticos e organizacionais para ações e condições de vida que permitem atingir a saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades, enquanto que a primeira resulta da combinação planeada de experiências de aprendizagem por forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades, revelando-se assim como uma das técnicas para a prática de promoção da saúde (Piçarra, 2013).

A palavra educação deriva do latim *educare* que significa produzir, alimentar e *educere* que significa fazer, conduzir, guiar. Desta forma, a educação constitui-se como a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade, não só individual, como coletivamente (Piçarra, 2013).

De acordo com Teixeira da Costa (2008, p.33):

“educação para a saúde é um processo sistemático e interativo que assenta no desenvolvimento de um trabalho conjunto entre técnicos de saúde e indivíduos/grupos/comunidades para, em todas as fases, identificar as necessidades educativas, estabelecer metas e objetivos, selecionar métodos apropriados, implementar o plano e avaliação do processo e produto, no sentido de proporcionar aos indivíduos/grupos oportunidades que lhes permitam desenvolver as suas potencialidades e capacidades, para promover alterações positivas nos comportamentos e agir sobre o ambiente com vista à preservação da saúde coletiva”

Assim, a educação é um processo que tem como finalidade capacitar o indivíduo a agir conscientemente perante novas situações que ocorram na sua vida, tendo em conta as experiências anteriores, visando a integração, a continuidade e o processo no âmbito social, segundo as necessidades de cada um (Salvado, 2012).

A educação para a auto-gestão da diabetes é das intervenções mais importantes no tratamento e controlo da doença, uma vez que objetiva aumentar a confiança e motivação para a participação da pessoa no controlo do seu tratamento e dos efeitos da diabetes sobre a sua vida (Newman, Steed, & Mulligan, 2004). Deve ser dada ênfase a uma série de estratégias e intervenções centradas na pessoa que visem aspetos educacionais, desde uma abordagem física, psicológica e social do viver com uma doença crónica (Jones, Berard, & Nichol, 2008).

Dado a população alvo e o diagnóstico prioritário, definiu-se como principal estratégia a **Educação para a Saúde**.

Neuman (2011), refere que a prevenção primária tem que ser tida em conta para fortalecer a linha flexível de defesa, e como tal, na execução das estratégias utilizou-se a educação para a saúde como elemento capaz de minimizar o impacto dos stressores.

De acordo com a OMS (2005), a educação para a saúde constitui a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade.

A educação para a saúde inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade. Esta aborda não apenas a transmissão de informações, mas também a promoção de motivação, as competências pessoais e auto-estima, necessárias para adotar medidas destinadas a melhorar a saúde. A educação para a saúde inclui não só informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais subjacentes que influenciam na saúde, mas também sobre factores de risco e comportamentos de risco, além da utilização do sistema de saúde. Esta envolve o fornecimento de informações e desenvolvimento de competências pessoais que demonstram a viabilidade política e possibilidades organizativas das várias formas de atuação para a consecução de mudanças sociais, económicas e ambientais que favorecem a saúde (OE, 2011).

A educação para a saúde é, provavelmente, o pilar fundamental no tratamento do cliente com diabetes tipo 2. Desta maneira, para se obterem resultados positivos no tratamento e no controlo da diabetes tipo 2, o cliente deve, numa primeira instância, ser consciencializado sobre todos os aspetos inerentes à doença, sendo, portanto, muito importante a educação (Salvado, 2012).

Desta forma, a diabetes, exige uma vida de adaptação e de controlo regular, pelo que a função do enfermeiro que trabalha com pessoas com diabetes passa, essencialmente, por realizar uma educação para a saúde, para que estes dominem os conceitos e habilidades necessárias para o tratamento da diabetes, para evitarem potenciais complicações (Couto, 2006). Pretende-se que a pessoa com diabetes se envolva no tratamento e adquira competências para assumir um papel ativo na gestão da sua doença, que tome decisões complexas relacionadas com as tarefas comportamentais do seu dia-a-dia e consiga o equilíbrio entre multiplicidade de comportamentos de autocuidados quotidianos (Nascimento & Loureiro, 2007).

De acordo com Nascimento & Loureiro (2007) os diabéticos aderem com mais facilidade a alguns componentes do tratamento que a outros, verificando-se uma maior adesão à medicação e menor adesão aos aspetos comportamentais, nomeadamente, à alimentação e atividade física. Assim, educação para a saúde tem um papel marcante como componente decisivo na estratégia global da promoção de saúde (Ribeiro, 1998). Esta pode ser feita através da modificação dos estilos de vida, como o início da prática de atividade física.

Desta forma, os enfermeiros são, reconhecidamente especialistas na educação para a saúde, e estão preparados para assumir um papel de liderança nesta área (Sands & Wilson, 1999; OE, 2011).

## **2.5. Elaboração de projetos e programas**

A elaboração de projetos e programas é a quinta etapa do planeamento em saúde. Desta maneira, importa antes de mais, distinguir programas de projeto.

Assim, um programa é “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giralde, 1993, p.129). Por outro lado, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giralde, 1993, p.129). Portanto, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo.

Desta forma, face ao tempo previsto para a intervenção comunitária não se elaborou um programa, mas sim um projeto, intitulado de “Projeto Mexer para Viver”, que teve como objetivo aumentar o conhecimento acerca da importância da atividade física nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos e, por conseguinte capacitar os clientes para a prática de AF (ver apêndice III).

## **2.6. Preparação da execução / Execução**

A preparação da execução é a sexta etapa do planeamento em saúde. Esta etapa deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori & Giralde, 1993, p.149).

Assim, a escolha das atividades foi discutida com a orientadora de estágio através de reuniões semanais, tendo sido posteriormente elaborado um documento que contempla o planeamento detalhado das atividades a desenvolver para a intervenção (ver apêndice IX). Esse planeamento contemplou as atividades presentes no quadro 3:

### **Quadro 3 – Atividades realizadas**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

| Atividades realizadas   | Breve descrição  | Estratégia de convocação | Nº Participantes | Data da realização   |
|---|--|--------------------------|------------------|--|
| <b>1</b><br>Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto;  | <p>-O material informativo poderá ser uma forma de suporte da informação oral transmitida.</p> <p>-Reforço da informação sempre que o cliente sente necessidade de lembrar algum aspeto abordado.</p> <p>-Com o apoio da equipa da USF Tejo, foi realizado o diário de atividade física, o folheto informativo sobre os exercícios que pode realizar em casa e, por fim foi elaborado o manual do projeto "mexer para viver".</p>  |                          | 133              | <p>-Novembro 2016: Elaboração</p> <p>-Novembro 2016 a Fevereiro 2016: Distribuição</p> |
| <b>2</b><br>Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;  | <p>-A consulta de diabetes de enfermagem, é um espaço de eleição para conhecer a situação de saúde dos clientes, as suas crenças e motivações e, com base nas necessidades identificadas, tomar decisões no âmbito do exercício profissional autónomo, realizar uma abordagem sistémica e sistemática, implementar intervenções de enfermagem para evitar riscos, detetar problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas.</p> <p>-A realização de consultas de vigilância de diabetes de enfermagem teve como principal objetivo a promoção individualizada da AF nos clientes diabéticos.</p> | Telefone                 | 86               | Novembro a Fevereiro de 2016 das 9h às 16h   |
| <b>3</b><br>Realização de visitas domiciliárias;  | <p>-A visita domiciliária é frequentemente referida como os cuidados de saúde prestados no domicílio a clientes dependentes, com o objetivo de promover, manter ou minimizar o impacto da doença ou da incapacidade.</p> <p>- Neste caso em concreto, foi selecionada esta atividade, visto que alguns clientes tinham uma dependência em grau reduzido, pelo que têm dificuldade em deslocar-se à USF Tejo, pelo que a promoção da AF foi realizada nos domicílios.</p>   | Telefone                 | 25               | Dezembro de 2016   |
| <b>4</b><br>Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde;  | <p>-A sessão de educação para a saúde é uma componente central da promoção da saúde. Assim, a educação para a saúde deve ser considerada como um conjunto de meios que permitem ajudar os indivíduos e os grupos a adotarem comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico.</p> <p>- Os grupos funcionam como importantes redes de comunicação e podem inclusive ser encarados como pequenas organizações de partes da comunidade, onde se partilham interesses, ideias e comportamentos.</p>                                  | Telefone                 | 22               | <p>Grupo 1 – 19 de Janeiro de 2017</p> <p>Grupo 2 - 24 de Janeiro de 2017</p>          |
| <b>5</b><br>Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo; | <p>-A elaboração de um projeto de intervenção de saúde comunitária é um processo complexo. A sua implementação a longo prazo implica colaboração entre os vários profissionais que compõem a unidade de saúde.</p> <p>Torna-se fundamental apresentar os resultados obtidos com a implementação do projeto, aos profissionais de saúde da USF Tejo, permitindo que estes, estando na posse dos conhecimentos necessários, possam dar continuidade ao projeto na USF Tejo.</p>  | Convite                  | 19               | 1 de Fevereiro de 2017   |

## 2.7. Avaliação



A avaliação é a oitava e última etapa do planeamento em saúde. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) referem que a fase de avaliação perante um diagnóstico de saúde necessita de determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Desta forma, a avaliação deve ser pertinente e precisa, pois permite determinar o sucesso ou não do planeamento.

Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação após as intervenções, é fundamental e deve fazer-se em relação aos conhecimentos e aptidões adquiridos pelos clientes. Devem, também, ser avaliadas, as estratégias utilizadas, face aos objetivos definidos e aos resultados obtidos (DGS, 2000).

Assim, relativamente à atividade 1 – elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto, 133 clientes (90%) receberam o material informativo e de apoio ao projeto, sendo um reforço da informação transmitida e, desta forma os clientes poderão relembrar os aspetos abordados nas atividades realizadas.

De acordo com Terence & Fialho (2006), o investigador, não procura envolver-se na compreensão dos fenómenos que estuda, ações dos indivíduos, grupos ou organizações no ambiente e contexto social, sem os interpretar segundo a perspetiva dos participantes da situação enfocada, preocupando-se sim, com a representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito. Desta forma, a pesquisa quantitativa preocupa-se em medir (quantidade, frequência e intensidade) e analisar as relações causais entre as variáveis.

Assim, o questionário possibilita dispor a informação de modo rigorosa, pois limita os sujeitos às questões formuladas, possibilitando melhor controlo de enviesamentos.

O planeamento do questionário é de extrema importância para a validade e fidelidade dos resultados, pois como refere Fortin (1996) são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida

avaliam-se em graus e não pela presença ou ausência de uma ou outra característica.

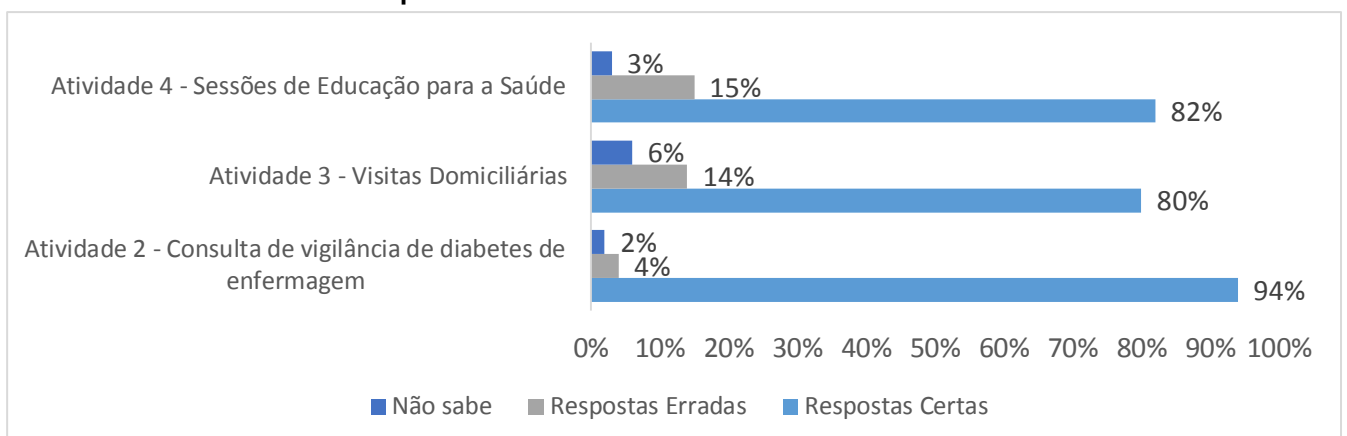
Assim, os métodos de avaliação escolhidos nas diversas atividades contemplaram: dois questionários e indicadores de avaliação.

De modo a avaliar os conhecimentos adquiridos pelos clientes na atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem, na atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias e na atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde foi elaborado um questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos. O questionário foi constituído por 18 questões referentes aos conteúdos abordados nas atividades. Para cada questão os clientes tiveram de responder “sim”, “não” ou “não sei”. O questionário foi entregue a todos os clientes presentes nas três atividades anteriormente referidas

Os resultados das respostas dos clientes em relação ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF são demonstrados no gráfico 1.

Assim, no geral 85% dos clientes responderam corretamente às perguntas, sendo que os clientes presentes na consulta foram os clientes com uma maior percentagem de respostas certas (94%). Estes dados revelam que as atividades realizadas foram um sucesso no que concerne à transmissão de conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos clientes com diabetes tipo 2.

**Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF**



O segundo questionário foi elaborado, de modo a perceber a opinião dos participantes em relação às atividades realizadas, nomeadamente, a atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem, a atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias, a atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde e a atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo.

Assim, o questionário avalia, os objetivos, a metodologia utilizada, os meios auxiliares de ensino utilizados, a transmissão de conteúdos, e o tempo. Os participantes nas diferentes atividades deram a sua resposta através de uma escala de likert de 5 pontos, onde o 5 corresponde a “Muito Eficaz”, 4 corresponde a “Eficaz”, 3 corresponde a “Indiferente”, 2 corresponde a “Pouco” e o 1 corresponde a “Nada Eficaz” (ver apêndice IX).

Deste forma, na atividade 2 - consulta de vigilância de diabetes de enfermagem, 94% dos clientes consideraram os objetivos “eficaz”, 58% dos clientes consideraram a metodologia utilizada “indiferente”, 81% dos clientes consideraram os meios auxiliares de ensino utilizados “eficaz”, 95% dos clientes consideraram a transmissão de conteúdos “eficaz”, em relação ao tempo 41% consideraram “pouco” e 42% consideraram “indiferente” (ver apêndice IX).

No que diz respeito à atividade 3 – realização de visitas domiciliárias, 80% dos clientes consideraram os objetivos “eficaz”, 80% dos clientes consideraram a metodologia utilizada “eficaz”, 84% dos clientes consideraram os meios auxiliares de ensino utilizados “eficaz”, 72% dos clientes consideraram a transmissão de conteúdos “eficaz” e 60% dos clientes consideraram o tempo “pouco” (ver apêndice IX).

No que concerne à atividade 4 – sessões de educação para a saúde, 73% dos clientes consideraram os objetivos da sessão “eficaz”, 82% dos clientes consideraram a metodologia utilizada “eficaz”, 80% dos clientes consideraram os meios auxiliares de ensino utilizados “eficaz”, 91% dos clientes

consideraram a transmissão dos conteúdos “eficaz” e 77% dos clientes consideraram o tempo “eficaz” (ver apêndice IX).

Em relação à atividade 5 – sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário, 89% dos elementos consideraram os objetivos da sessão “eficaz”, 84% dos elementos consideraram a metodologia utilizada “eficaz”, 79% dos elementos consideraram os meios auxiliares de ensino utilizados “eficaz”, 84% dos elementos consideraram a transmissão dos conteúdos “eficaz” e 100% dos elementos da equipa da USF Tejo presentes consideraram o tempo “eficaz” (ver apêndice IX).

Imperatori & Giraldes (1993, p.77) definem que um indicador é “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco”.

Assim, importa perceber se as metas dos indicadores de avaliação foram atingidas. Foram utilizados indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indicadores de processo pretendem medir a atividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Os indicadores de resultado pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde (Tavares, 1990), logo permitem reconhecer se os objetivos delineados foram atingidos. Desta forma, e como pode ser observado no quadro 4 e 5, todas as metas foram atingidas e superadas, o que demonstra o sucesso da intervenção realizada como enfermeira especialista em saúde comunitária. Porém fica por determinar um único indicador de resultado, que se pretende obter dados unicamente em Julho de 2017, de modo a conseguir um resultado mais fidedigno da intervenção realizada (ver quadro 4 e 5).

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**Quadro 4 - Indicadores de Processo**

| Nome   | Construção   | Meta | Resultado | Atividades   |
|--|--|------|-----------|--|
| Porcentagem de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto;  | $\frac{\text{Nº de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto (133)}}{\text{Nº total de clientes (148)}} \times 100$  | 50%  | 90%       | Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto  |
| Porcentagem de clientes presentes na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem;   | $\frac{\text{Nº de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem (86)}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem (98)}} \times 100$ | 75%  | 88%       | Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem  |
| Porcentagem de visitas domiciliárias realizadas;   | $\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas (25)}}{\text{Nº total de visitas domiciliárias agendadas (25)}} \times 100$  | 80%  | 100%      | Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias  |
| Porcentagem de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde;  | $\frac{\text{Nº de clientes que participaram nas sessões de educação para a saúde (22)}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença nas sessões de educação para a saúde (30)}} \times 100$                               | 60%  | 73%       | Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde  |
| Porcentagem de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário; | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário (19)}}{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo (23)}} \times 100$          | 60%  | 83%       | Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo |

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**Quadro 5 - Indicadores de Resultado**

| Nome   | Construção   | Meta | Resultado        | Atividades  |
|--|--|------|------------------|---|
| Percentagem de Clientes com diabetes tipo 2 e com idade ≥ a 65 anos que adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física nos diabéticos; | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação da prática de AF (118)}}{\text{Nº de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq 65 \text{ anos (148)}} \times 100$  | 75%  | 85%              | <p>Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem</p> <p>Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias</p> <p>Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde</p>  |
| Percentagem de clientes com alterações na mobilidade que iniciaram a prática de AF;  | $\frac{\text{Nº de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq 65 \text{ anos com alterações na mobilidade que iniciaram a prática de AF com as visitas domiciliárias (14)}}{\text{Nº de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq 65 \text{ anos que tiveram visitas domiciliárias (25)}} \times 100$ | 10%  | 56%              | <p>Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias</p>  |
| Percentagem de clientes com diabetes tipo 2 e com idade ≥ 65 anos que realizam AF pelo menos 5 dias por semana durante 30 minutos até Julho de 2017;     | $\frac{\text{Nº de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq 65 \text{ anos que realizam AF pelo menos 5 dias por semana durante 30 minutos}}{\text{Nº de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq 65 \text{ anos}} \times 100$   | 40%  | Em Julho de 2017 | <p>Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto</p> <p>Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem</p> <p>Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias</p> <p>Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde</p> |
| Percentagem de elementos da equipa da USF Tejo que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário;                                     | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo que responderam que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário (14)}}{\text{Nº de elementos presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário (19)}} \times 100$                               | 40%  | 74%              | <p>Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo</p>   |

## **2.8. Reflexão sobre outras experiências vivenciadas**

O estágio foi um momento crucial para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitário. A população alvo do projeto foram os clientes com diabetes tipo 2, com idade igual ou superior a 65 anos e da listagem de uma enfermeira e a área de intervenção do projeto prioritária foi a promoção da AF. No entanto, ao longo do estágio foram realizadas diversas atividades que não se inseriam no projeto de intervenção comunitário em curso, mas que pareceram importantes para conseguir uma visão mais ampla sobre o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária. Deste modo, e tendo, em consideração que a experiência profissional da mestrande nunca se desenvolveu nesta área, as atividades em que esta participou para além do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitário foram:

- Observação do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros especialistas em saúde comunitária;

- Aquisição de conhecimentos sobre a gestão dos cuidados de saúde primários;

- Aquisição de conhecimentos sobre o manual de normas e procedimentos e sobre o plano de ação 2016-2018 da USF Tejo;

- Aquisição de conhecimento e participação no processo de acreditação da USF Tejo;

- Foram desempenhadas funções de enfermeira especialista na USF Tejo ao nível das seguintes áreas: Vacinação; Saúde Materna; Saúde Infantil; Planeamento Familiar; Saúde de Adultos; Consulta de Diabéticos; Consulta de Hipertensos; Tratamento de Feridas; Administração de Injetáveis e Visitação Domiciliária;

- Contribuição ativa para alcançar as metas necessárias a todos os indicadores de saúde na USF Tejo;

- Realização de um folheto informativo sobre a hemoglobina glicada, essencial na consulta de diabetes e distribuição do folheto informativo sobre a atividade física no utente concebido pela USF Tejo (ver anexo V e ver apêndice X);

- Participação em reuniões de equipa da USF Tejo;

Desta forma, este período de tempo possibilitou à mestranda perceber que o facto da USF Tejo ser modelo B é bastante importante para uma melhoria nos cuidados de saúde. Esta organização possibilita o acompanhamento da família ao longo de todo o ciclo vital por uma equipa multidisciplinar, que conhece a sua realidade e contexto socioeconómico. Da mesma forma, a nível individual, a pessoa é acompanhada apenas por uma equipa de profissionais, o que permite criar uma relação de confiança e continuidade de cuidados, que terá como resultado maiores ganhos em saúde.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, este modelo parece permitir uma contabilização mais eficaz do trabalho da equipa da USF Tejo, bem como o estabelecimento de indicadores de avaliação o que possibilita a cada profissional perceber os ganhos em saúde que têm obtido e em que áreas necessitam um maior investimento, de forma a conseguir melhores resultados. Além disso, o trabalho em equipa era visível, já que todos tinham de trabalhar de igual forma para que os indicadores fossem atingidos.

Assim, o estágio possibilitou a aquisição de conhecimentos sobre várias temáticas. Foi uma oportunidade realidades novas essenciais ao desenvolvimento profissional.



### **3. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS E ANÁLISE CRÍTICA**

A aquisição e o desenvolvimento de competências são essenciais em todas as etapas do percurso profissional, de forma a produzir mudança e aperfeiçoamento no desempenho, prestando continuamente melhores cuidados de Enfermagem.

Morais (2004) diz-nos que o desenvolvimento de uma competência surge do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão. Portanto, sendo o conceito de competência mais abrangente do que a mera aptidão ou faculdade, mas também o poder e a capacidade que uma pessoa possui para resolver um assunto/problema/situação num determinado contexto, podemos afirmar que o desenvolvimento de uma competência será, no fundo, validar uma capacidade através da profissionalização, que implica um processo de formação, de procura e de ação ao longo da vida.

Assim, a formação deve ser encarada como um fenómeno social, que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objetivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, técnicas ou relacionais (Morais, 2004). A formação em contexto clínico justifica-se pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, resultem numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente (Miranda, 2010). O ensino clínico permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Silva & Silva, 2004). É neste espaço e tempo de excelência que o aluno é “convidado” a desenvolver habilidades/capacidades de modo a aplicar os conhecimentos apreendidos (a enfermagem ideal), adequando-os à prática (a enfermagem real), permitindo, assim, o desenvolvimento das competências específicas acima mencionadas. Mas, para tal, é necessária a realização de uma reflexão, uma vez que esta assume particular interesse no campo da enfermagem, dada

a necessidade de integrar a teoria e a prática constituindo-se, assim, como “um momento privilegiado de integração de competências” (Ferreira, 2004). Até porque, como nos diz Rebelo (1996), a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega.

Assim, e de forma a refletir sobre as aprendizagens efetuadas, foi realizado o presente relatório de estágio. O relatório de estágio é um documento que visa a descrever o local onde foi realizado o estágio, informar sobre o período de duração do mesmo, relatar as atividades desenvolvidas pelo estagiário, assim como a apresentar análises, observações e sugestões (Gonçalves & Biava, 2007).

Neste âmbito, este relatório foi realizado com recurso a uma atitude crítico-reflexiva sobre as situações vivenciadas e as atividades de enfermagem desenvolvidas durante o estágio e a forma como tais aprendizagens contribuíram para a aquisição e o desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2011). A Ordem dos Enfermeiros propõe como conceito para Enfermeiro Especialista:

“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (OE, 2007, p.10).

Assim, os momentos de avaliação formal como os decorrentes de uma especialização pressupõem a aquisição de determinadas competências, tal como está referido no Código Deontológico dos Enfermeiros: “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de enfermagem” (Artigo 7º do Código Deontológico dos Enfermeiros – Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro).

Desta forma, a abordagem reflexiva foi essencial para a tomada de consciência do meu desempenho e da necessidade de modificar atitudes e comportamentos. Possibilitou ainda a análise de possíveis alterações ao que

foi pré-estabelecido, a explanação de dificuldades e a forma como foram solucionadas, face a obstáculos e novas necessidades que surgem frequentemente.

Neste sentido, a OE através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como primeira competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “1.Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2011, p.2).A aquisição desta competência teve por base a aquisição de cinco unidades de competência definidas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2011, p.3).

Assim, para uma melhor reflexão sobre o projeto foi realizada uma análise **SWOT** (**S***trengths*/Forças; **W***eakness*/Fraquezas; **O***pportunities*/Oportunidades e **T***hreats*/Forças) (ver apêndice XI).

Por outro lado, o projeto iniciou-se com uma colheita de dados epidemiológicos e com a realização da *Scoping Review*, de modo a que intervenção fosse direcionada. Posteriormente, durante o estágio foi realizado o diagnóstico de situação juntos dos clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos. O diagnóstico de situação, tal como já foi referido é a primeira etapa do planeamento em saúde, uma ferramenta que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária dispõe para promover a saúde da comunidade. O diagnóstico de situação permitiu identificar problemas e determinar necessidades, revelando-se como uma mais-valia para a realização do estágio. Com a realização do diagnóstico de situação foi adquirida a unidade de competência: “G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (OE, 2011, p.3).

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu identificar stressores, selecionar os prioritários e encontrar a intervenção mais adequada face ao diagnóstico de situação e características específicas do grupo. As prioridades foram definidas através do método de Hanlon, onde foi definido como diagnóstico prioritário, “capacidade de gestão do regime de atividade física

comprometido”. Desta forma, foi adquirida a unidade de competência: “G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (OE, 2011, p.3).

De seguida, foram definidos objetivos mensuráveis que permitem medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade. Logo depois, foi definida como estratégia a educação para a saúde. Desta maneira, foi adquirida a unidade de competência: “G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização em saúde estabelecidas” (OE, 2011, p.3).

Dado o tempo e os recursos existentes, estabeleceu-se um projeto de intervenção de saúde comunitária e, devido a esse facto foi adquirida a unidade de competência: “G1.4 Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (OE, 2011, p.3).

A avaliação da intervenção foi realizada através dos indicadores de avaliação (processo e resultado). Por outro lado, as estratégias utilizadas foram também avaliadas com recurso a questionários de avaliação. Foi então adquirida a unidade de competência: “G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados” (OE, 2011, p.3).

A OE através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como segunda competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2011, p.4). A aquisição desta competência teve por base a aquisição de três unidades de competência definidas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

“G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades de consecução de projeto de saúde e ao exercício da cidadania; G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais; G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (OE, 2011).

A aquisição destas competências teve por base o desempenho de funções como enfermeira na USF Tejo ao nível das seguintes áreas: Vacinação; Saúde Materna; Saúde Infantil; Planeamento Familiar; Saúde de

Adultos; Consulta de Diabéticos; Consulta de Hipertensos; Tratamento de Feridas; Administração de Injetáveis e Visitação Domiciliária.

Por outro lado, a capacitação dos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos para a prática autónoma de AF passou pela estratégia de educação para a saúde. O seu objetivo é dar clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos os seus próprios meios para atuar numa melhor gestão e controlo da diabetes. Esta competência foi atingida, visto que a população alvo da intervenção foi capacitada para um melhor controlo da diabetes. Assim, houve transmissão de conhecimentos práticos e teóricos com vista à melhoria da qualidade de cuidados. Os clientes ficaram conscientes da informação transmitida e desta forma mostraram interesse em iniciarem a prática de AF. Desta forma, ficaram capacitados para o processo de mudança e tomada de decisão.

A OE através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como terceira competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011, p.4). A aquisição desta competência teve por base a aquisição da seguinte unidade de competência definida no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “G3.1. Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2011, p.5). Assim, o projeto de intervenção comunitário integra-se na totalidade em Programas Nacionais, nomeadamente: o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008), o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), o livro verde da atividade física (2011), Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2015) e a Estratégia Nacional para a Promoção de Atividade Física e Bem-estar (2015, 2016).

A OE através do Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro, define como terceira competência para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “4. Realiza e coopera na vigilância

epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2011, p.5). A aquisição desta competência teve por base a aquisição da seguinte unidade de competência definida no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: “G4.1.Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica” (OE, 2011, p.5). Desta maneira, foi definida uma população alvo, nomeadamente os clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos inscritos na USF Tejo e pertencentes à listagem de uma enfermeira em específico (n=148). Dado serem clientes da USF Tejo pertencem a uma área geográfica, no distrito de Lisboa, concelho de Loures e abrange a comunidade da Vila de Moscavide e o Bairro da Portela (que constituem a nova União de Freguesia da Vila de Moscavide). Assim, definida a população alvo, foram aplicados dois instrumentos de recolha de dados, nomeadamente o IPAQ versão curta e o Índice de Barthel. Estes instrumentos visavam a recolha de dados de natureza epidemiológica.

Por fim, todas as competências adquiridas foram colocadas com um visto de cor verde num quadro no apêndice XII, de modo a ser mais fácil de visualizar.

Concretamente, em análise ao estágio que teve uma duração de aproximadamente de cinco meses, a mestranda destaca que foi uma experiência gratificante, não só pela novidade, como pela experiência e enriquecimento profissional e pessoal. O estágio permitiu a abertura de novas oportunidades no seu percurso de desenvolvimento profissional e pessoal, dado que, a totalidade da sua experiência profissional (cinco anos) foi desenvolvido em contexto de doença (ambiente hospitalar) na qual, a vertente da promoção da saúde é poucas vezes valorizada. Contudo, nos últimos anos a visão pessoal e profissional da mestranda alterou-se, razão pela qual, resolveu frequentar o presente mestrado e respetiva especialidade.

Assim, com a realização do estágio e a elaboração do presente relatório à luz da metodologia do planeamento em saúde, a mestranda aprofundou conhecimentos sobre o planeamento em saúde em contexto da educação para a saúde ao indivíduo e comunidade indo, desta forma ao encontro das

competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Para além disso, discutiu ideias com os colegas, orientadora clínica e equipa da USF Tejo, sendo que as diversas reuniões realizadas permitiram a operacionalização do estágio.

Desta forma, a mestranda promoveu a AF nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos, com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a prática da AF e, consequentemente aumentar a prática de AF. Após a realização das atividades, foram evidentes os resultados positivos junto da população alvo, evidenciados pelo aumento da prática de AF. Os enfermeiros têm um papel fundamental na promoção da AF juntos dos clientes com diabetes tipo 2, de modo a que estes consigam uma melhor gestão da sua doença.

Assim, a prevenção da doença e a promoção da saúde são exemplos perfeitos dos papéis e da influência crescente dos enfermeiros. Estes fazem passar a mensagem que um estilo de vida saudável é essencial para a manutenção, recuperação e melhoria da saúde. Os enfermeiros promovem estilos de vida saudáveis, oferecendo aconselhamento e ajudando assim os clientes a gerir quadros clínicos crónicos, de modo a viverem vidas mais longas e saudáveis (ICN, 2008).

Por outro lado, importa refletir sobre as principais limitações ao estágio, nomeadamente a pouca experiência em contexto de metodologia do planeamento em saúde e a limitação temporal deste, pois o tempo de estágio revelou-se escasso para aprofundar conhecimentos. Não obstante, o facto da autorização da comissão de ética ter sido tardia, atrasou a realização do diagnóstico de situação e, posteriormente a realização das restantes etapas cruciais ao projeto de intervenção.

Cuidar em Enfermagem Comunitária é uma atitude tão complexa e multidimensional, como aliciante e gratificante. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária saber trabalhar em equipa, reconhecendo que é necessário, muitas vezes, envolver outros atores como intervenientes no processo.

Os cinco meses de estágio em contexto comunitário revelaram-se como uma experiência fundamental para a preparação de um novo futuro profissional na prestação de cuidados de enfermagem de excelência. O estágio revelou-se como uma oportunidade privilegiada para consolidar conhecimentos, quer adquiridos ao longo da sua vida profissional, quer ao longo do mestrado e, assim, ser o ponto de partida, para um dia exercer a atividade profissional na área de enfermagem comunitária.

Todas as atividades planeadas e desenvolvidas revelaram-se muito importantes e pertinentes para o sucesso estágio, e são consideradas amplamente satisfatórias para o processo formativo.

Sabendo que o seu percurso na área comunitária ainda agora está a começar e que o processo de aprendizagem é contínuo, a mestranda tem a consciência de que tem um longo percurso pela frente, de modo a evoluir como profissional nesta área.

Por outro lado, a reflexão sobre a prática quer em contexto profissional ou de ensino, é essencial para a tomada de consciência do desempenho de cada um e da necessidade de modificar atitudes e comportamentos. A reflexão escrita torna-se ainda mais importante, pois produz mais frutos, já que a reflexão num âmbito abstrato, não permite a sua releitura nem um ato reflexivo tão cuidado. Assim, os momentos de reflexão foram essenciais para a melhoria do desempenho e a busca de novas e melhores soluções.

Por último, os objetivos traçados e respetivos indicadores foram atingidos, sendo que a metodologia utilizada foi adequada para o sucesso do estágio e do projeto.



## CONCLUSÃO

A diabetes tipo 2 é uma doença crónica e progressiva com consequências potencialmente devastadoras para a saúde, qualidade de vida e impacto económico. É o distúrbio endócrino mais comum, tendo um papel significativo nas causas de morte e, contrariamente a outras patologias, o seu impacto não tem diminuído.

Em Portugal, a prática de AF habitual nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos é insuficiente. Sendo a diabetes uma área sensível aos cuidados de enfermagem e existindo evidência científica sobre a importância da AF no controlo da diabetes, cabe ao enfermeiro de saúde comunitária promover a AF e, desta forma obter ganhos em saúde. Assim, os enfermeiros têm competência para implementar estratégias para a prevenção e controlo da diabetes tipo 2, atuando na redução dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença, promovendo a AF. Isto é, os enfermeiros são os profissionais mais numerosos nos cuidados de saúde e têm um importante papel como educador de saúde. Por outro lado, cada vez mais os clientes veem os enfermeiros como uma referência e como um dos conselheiros principais da equipa de saúde (ICN, 2008; DGS, 2016).

Desta forma, os enfermeiros emergem como grupo profissional privilegiado para redesenhar cuidados inovadores, capazes de gerir os problemas de saúde da população de forma mais eficaz e de acordo com a situação local e os recursos disponíveis. Os enfermeiros são cada vez mais o grupo profissional a quem os clientes confiam e recorrem para receber cuidados terapêuticos, mas também cuidados de bem-estar, de aconselhamento e de capacitação para a tomada de decisões e para o autocuidado, ao longo de todo o ciclo de vida. (ICN, 2008). Estes são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar cuidados de saúde primários. Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando tanto em autonomia como em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde.

Assim, os enfermeiros, têm uma relação privilegiada com os clientes para a promoção da AF, dada a proximidade e o conhecimento do cliente, nas suas diversas características e problemas de saúde. Este fato, possibilita realizar recomendações direcionadas e um acompanhamento diferenciado (ICN, 2008; DGS, 2016).

Uma das formas que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm para promover a atividade física de indivíduos, grupos e/ou comunidades é através da metodologia do planeamento em saúde. Muitas vezes é determinado como necessidade, a educação para a saúde. Sabendo que a Enfermagem é uma das áreas do conhecimento que envolve as dimensões do cuidar e do educar, compete ao enfermeiro, enquanto educador de saúde, saber escutar e perceber as crenças e significados que cada um tem sobre a sua saúde, participar na aprendizagem, facultar a acessibilidade a escolhas, procurando dar respostas eficazes face a desafios e obstáculos. No processo de ensino-aprendizagem, quanto melhores forem as práticas de educação para a saúde desenvolvidas maiores serão os ganhos em saúde da população. Esta conjuntura impõe desafios e exigências ao exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, nomeadamente no que concerne à otimização das suas competências, com base no planeamento em saúde.

A educação para a saúde exige dos enfermeiros um amplo e complexo conjunto de competências, no sentido de estabelecer as melhores estratégias para proporcionar respostas adequadas às necessidades reais.

Por outro lado, durante o Planeamento em Saúde foram definidas cinco atividades. Na primeira atividade foi elaborado e distribuído material informativo e de apoio ao projeto, sendo uma forma de suporte e reforço da informação oral que foi transmitida. De seguida, foram realizadas consultas de enfermagem, visitas domiciliárias e sessões de educação para a saúde, de modo a aumentar o conhecimento sobre a importância da prática de AF e, posteriormente aumentar a prática de AF. Por fim, a equipa da USF Tejo foi sensibilizada para dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário na USF Tejo.

Assim, todos os indicadores de avaliação foram atingidos, o que demonstra o sucesso da intervenção realizada. Desta forma, 85% dos clientes adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física nos diabéticos, 56% dos clientes com alterações na mobilidade iniciaram a prática de atividade física e 74% dos elementos da equipa da USF Tejo pretende dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário.

Por outro lado, ao responder ao questionário de avaliação das atividades, tanto os clientes, como os elementos da equipa da USF Tejo demonstraram-se satisfeitos com os objetivos, a metodologia, os meios auxiliares de ensino, a transmissão de conteúdos e o tempo das respetivas atividades.

Do caminho percorrido são evidentes os ganhos em saúde com a realização do projeto “Mexer para Viver”, traduzidos pelos indicadores definidos, decorrentes das atividades realizadas, pelo que fica a sensação de missão cumprida e a satisfação pessoal registada pelos discursos dos clientes e profissionais de saúde da USF Tejo.

A excelência do exercício profissional constrói-se no dia-a-dia, de forma progressiva, num processo contínuo de formação e reflexão. Assim, as principais competências desenvolvidas na qualidade de mestrandas estão diretamente relacionadas com a metodologia do Planeamento em Saúde, especificamente no que concerne à avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade, suportada por este método e pelo modelo teórico de Betty Neuman que norteou todo o projeto, conduziu a colheita de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e a interpretação dos resultados de forma sustentada.

Tal como todos os percursos formativos, também este não foi isento de dificuldades, as quais exigiram capacidade de superação, empenho, determinação e criatividade. As maiores dificuldades prenderam-se com a gestão de tempo, a coordenação do estágio com a atividade profissional, bem como o elevado número de atividades a desenvolver num curto espaço de tempo.

Em jeito de conclusão, ao terminar este relatório os objetivos iniciais foram atingidos. Desta maneira, foi realizada uma descrição pormenorizada da

intervenção realizada durante o estágio, e foi utilizado um espírito crítico para uma reflexão exaustiva sobre as mesmas, evidenciando a forma enriquecedora como ela contribuiu para a aprendizagem e aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária. Descrito pelo perfil de Competências da Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (2016), numa perspetiva nacional, é prioritário consciencializar a população para a importância da AF na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e aumento dos níveis de AF. Sendo a prática de enfermagem a essência fundamental dos cuidados de saúde primários, cabe aos enfermeiros promoverem a AF através da monitorização, trabalho intersectorial, trabalho em equipa e através do aumento da investigação científica nessa área (DGS, 2016).

Desta forma, através do projeto de intervenção comunitário foi possível contribuir para a investigação de enfermagem nesta área e para o aumento da prática de AF.

Sugere-se para o futuro, a continuidade de pesquisas neste campo de estudo, sempre com o objetivo comum e científico, de demonstrar a importância do papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária na promoção da AF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2017). Modelos Organizacionais. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Borodulin, K., Tuomilehto J., Peltonen, M., Lakkas, J., Sundvall, J., Jousilahti, P. (2006). Association of leisure time Physical activity and abdominal obesity with sérum insulin and 2-h postchallenge plasma glucose levels. *Journal Compilation Diabees UK*. 23. 1025-1028.
- Caetano, A., Tavares, D. (2008). Unidade de Atenção ao Idoso: atividades, mudanças no cotidiano e sugestões. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (3). 622-31.
- Carmo, H.; Ferreira, M. M. (1998). Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Codogno, J., Fernandes, R., Sarti, F., Júnior, I., Monteiro, H. (2011). The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public Health*. 11. 1-7.
- Copeland, R., Crank, H., Hall, A. (2010). Be Active: promoting physical activity in overweight people. *Practice Nursing*. 11(21). 569-573.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2008). “Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários”. Genebra.

- Correia, C; Dias, F.,Coelho, M.,Page, P., Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1 (2), 71-78.
- Couto, C. (2006). O Enfermeiro e a Pessoa com Diabetes. In [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Bouth, M. L. Ainsworth, B. E.... (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12- Country Reliability and Validity. *American College of Sports Medicine*.3 (98). 1381-1395.
- Daar, A. S., Singer, P., Persad, D., Pramming, S., Mathews, D., Beaglehole, R...(2007) – Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Natura*. Vol.450, p.494-496.
- Diaz-Valencia, P., Diaz-Valencia, P., Bougnères P. & Valleron A. (2015). Global epidemiology of type 1 diabetes in young adults and adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 17. 215-255.
- Dyck, D., Greef, K., Deforche, B., Ruige, J., Locke, C., Kaufman, J... (2011). Mediators of physical activity change in a behavioral modification program for type 2 diabetes patients. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8 (105). 1-13.
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral de Saúde. (2014). Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF). Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/47143705825112-Colgios-Exercicio-e-Sade-ENPAF-DGS-Documento-em-discusso.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2016). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido em 10-01-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/documentos-pns/>.

Direção Geral de Saúde (2016). Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/ENPAF-June-2016-PT-e-ENG.pdf>.

Eakin, E., Reeves, M., Marshall, D., Graves, N., Healy, G....(2010). Living Well with Diabetes: a randomized controlled trial of a telephone-delivered intervention for maintenance of weight loss, physical activity and glycaemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 10 (452). 1-15.

Espeland, M., Rejerki, W., West, D., Bray G., Clark, J., Peters, A...(2013). Intensive Weight Loss Intervention in Older Individuals: Results from the Action for Health in Diabetes Type 2 Diabetes Mellitus Trial. *Journal compilation – The American Geriatrics Society*. 61. 912-922.

Ferreira, M. (2004). Formar Melhor para um Melhor Cuidar. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*. 30. 123-137.

Figueira, F., Umpierre, D., Cureau, F., Zucatti, A., Dalzochio, M., Leitão, C....(2014). Association between Physical Activity Advice Only or Structured Exercise Training with Blood Pressure Levels in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Sports Medicine*. 44. 1557-1572.

Firouzi, S., Barakatun-Nisak, M., Azmi, K. (2015). Nutritional status, glycemic control and its associated risk factors among a sample of type 2 diabetic

individuals, a pilot study. *Journal of Research in Medical Sciences*. 20. 40-46.

Fortin, M. (1999) - O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M.; Grenier, R.; Nadeau, M. (2003) – O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

García, V. C; Arguelles, R. F; Flores, J. F. L. (2012). *Determinación de prioridades por el Método Hanlon en el laboratorio de análisis clínicos en un hospital de 2do nivel de atención*. 1 (6). 81-91.

Gonçalves, E. & Biava, L. (2007). Manual para Elaboração do Relatório de Estágio Curricular.

Iijima, K., Iimuro S., Ohashi, Y., Sakurai, T., Umegaki, H., Araki, A... (2012) Lower physical activity, but not excessive calorie intake, is associated with metabolic syndrome in elderly with type 2 diabetes mellitus: The Japanese elderly diabetes intervention trial. *Japan Geriatrics Society*. 12 (1). 68-76.

Imperatori, E & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2013). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).



- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).
- International Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas. Seventh edition, 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org/>.
- Irvine, C., Taylor, N. (2009). Progressive resistance exercise improves glycaemic control in people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Australian Journal Physiotherapy*. 55. 237-245.
- Jackson, R., Asimakopoulout, K., Scammell, A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. The British Dietetic Association. *Journal Nutrition Dietetic*. 20. 27-36.
- Jones, H., Berard, L. D., & Nichol, H. (2008). Self-management education. *Canadian Journal of Diabetes*. 32. 25-28.
- Miranda, A. (2010). Formação na Prática Clínica de Enfermagem – Os Saberes do Cuidar. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.
- Monteiro, V. (2010) - Enfermagem Comunitária: Diferentes Cenários e Desafios para a Prestação de Cuidados. Universidade Católica Portuguesa. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto.
- Morais, C. (2004). Perspetivas das competências. Nursing. *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*. 188. 23-24.
- Moreno, G., Morales, L., Jaimes, F., Tseng, C., Isiordia, M., Noguera, C... (2014). Neighborhood Perceptions and Health-Related Outcomes Among

Latinos with Diabetes from a Rural Agricultural Community. *Journal Community Health*. 29. 1077-1084.

Morey, L., Pieper, C., Ederman, D., Yancy, W., Green, J., Lum, H... (2012). Nonoverlapping Functions of the Polycomb Group Cbx Family of Proteins in Embryonic Stem Cells. *Cell Stem Cell*. 10. 47-62.

Morgadinho, R.S. (2012). Promoção da saúde em idosos: Exercício Físico. *Psicologia.pt*. 1-12.

Mota, J. & Sardinha, L. (2000). Questionário Internacional de Actividade Física. Estudo piloto da garantia e validade numa população portuguesa. Livro de Resumos do 8º Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa. Desporto, Educação e Saúde. Faculdade de Motricidade Humana.

Nascimento, D. & Loureiro, I. (2007). Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*. (2). 18-21.

Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 364. 1523-1537.

Neuman, Betty. (1989) - *The Neuman Systems Model*. 2ª ed. Norwalk: Aplenton and Lange.

Neuman, Betty. (2011) – *The Neuman Systems Model*. 5ªed. United States of America: Pearson.

Nylen, E., Kokkinos, P., Myers, J., Faselis, C. (2010). Prognostic Effect of Exercise Capacity on Mortality in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Journal Compilation*. 58 (10). 1850-1853.

- Lohmann, H., Siersma, V., Olivarius, N. (2010). Fitness consultations in routine care of patients with type 2 diabetes in general practice: na 18-month non-randomised intervention study. *BMC Family Practice*. 11(83).1-10.
- Long, G., Brage, S., Wareham, N., Sluijs, E., Sutton, S., Griffin, S., Simmons, R. (2013). Socio-demographic and behavioural correlates of physical activity perception in individuals with recently diagnosed diabetes: results from a cross-sectional study. *BMC Public Health*.13. 1-11.
- Observatório Nacional da Atividade Física. (2011). Livro verde da Atividade Física. Instituto do Desporto de Portugal. Lisboa. 15-47. Disponível em: [http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica\\_GERAL.pdf](http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf). Acedido a 7/4/2016.
- Observatório Nacional de Diabetes (2015). *Diabetes: Factos e Números* – Relatório anual do observatório nacional da diabetes. Edição 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em: [http://spd.pt/images/ond\\_2015.pdf](http://spd.pt/images/ond_2015.pdf);International.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 122/2011, de 18 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República Eletrónico, 2ª série, nº35, 8648-8653.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro, 8667- 8669.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® versão 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – do original ICNP® version 2 –

International Classification for Nursing Practice. Ordem dos Enfermeiros:  
Lusodidacta, Lda. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Organização Mundial de Saúde (2005) – Prevenção de doenças crónicas um  
investimento vital.

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). Global Recommendations on  
Physical Activity for health. Switzerland. 1-57.

Organização Mundial de Saúde (2016). Global Report on Diabetes. WHO.  
Acedido a 02-05-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

Pereira, R.E. (2011). Metodologia da determinação de prioridades no  
planeamento regional de saúde: uma proposta. Escola Nacional de Saúde  
Pública. Relatório de Estágio. Lisboa.

Piçarra, M. (2013). *Adolescência saudável, sexualidade responsável*. Escola  
Superior de Saúde de Portalegre. Relatório de Estágio para obtenção do  
grau de mestre em enfermagem e especialização em enfermagem  
comunitária. Portalegre.

Pineault, R., Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitária: Conceptos, Métodos, Estratégias*. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.

Phillips, A. (2014). Pre-diabetes and capturing opportunities to raise awareness.  
*British Journal of Nursing*. 23(10). 505-508.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral de Saúde. Direcção de Serviços  
de Cuidados de Saúde (2008), Programa Nacional de prevenção e  
controlo da diabetes- Lisboa: DGS- XXIV.

- Rebelo, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*. 9. 13-18.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). Psicologia e saúde. Lisboa: instituto superior de psicologia aplicada.
- Salvado, S. S. (2012). A educação na pessoa com diabetes tipo 2 para a adesão às atividades de autocuidado. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação para obtenção do grau de mestre em gestão. Viseu.
- Sands, J. & Wilson, A. (1999). Promoção de Estilos de Vida Saudáveis. In Phipps, W., Sands, J. & Marek, J. (org). *Enfermagem Médico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 6 (1). 57-66.
- Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2003) - Anatomia e Fisiologia. (6ª Edição). Loures: Lusociência.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE. (2017). S.Clínico. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, D. & Silva, E. (2004). O Ensino Clínico na formação de Enfermagem. Millenium – *Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 103-118.
- Silva, I., Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2006). Adesão ao Tratamento da Diabetes Mellitus: A importância das Características Demográficas e Clínicas. *Revista Referência*.2.

- Silva, D. M.; Silva, E. M. (2014) – O ensino clínico na formação em enfermagem. Escola Superior de enfermagem de viseu – 30 anos.
- Sieverdes, J., Ray, B., Sui, R., Lee, D., Hand, G., Baruth, M... (2009). Association between Leisure time Physical activity and Depressive Symptoms in Men. *Medicine Science Sport Exercise*. 44(2). 260-265.
- Tavares, A. (1990) – Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2ªed. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira da Costa, M. (2008). A Pática dos Enfermeiros em Educação para a Saúde dos Adolescentes. A problemática dos comportamentos de risco. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de mestrado não publicada em Ciências de Enfermagem. Porto.
- Tomey, A., Alligood, M. (2002). Teóricas de Enfermagem e a sua obra – Modelos e teorias de Enfermagem. (5ªEd), Lisboa: Lusociência. ISBN:- 972-8383-74-6
- Unidade de Apoio à Gestão (UAG) (2012). *Manual de Normas e Procedimentos*. Loures: ACES Loures – Odivelas.
- Unidade de Saúde Familiar (USF) Tejo (2016). *Plano de ação 2016-2018*. Loures: ACES Loures – Odivelas.
- Xiu, L-L., Wahlqvist, M., Lee, M-S., Chen, R., Li, D. (2013). Cognitive impairment and limited dietary diversity or physical inactivity are conjoint precursors of incident diabetes more so in elderly women than men. 36. (556-566).
- Xu, Y., Pan, W., Liu, H. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Blackwell Publishing Asia*. 12. 228-234.

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) –  
Versão Curta - Versão Portuguesa**



## PARTE B

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (IPAQ versão curta)

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que as pessoas fazem no seu quotidiano. Este questionário faz parte de um estudo alargado realizado em vários países. As suas respostas vão-nos ajudar a conhecer o nosso nível de atividade física, quando comparado com o de pessoas de outros países. As questões que lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente ativo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vou colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.
- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.
- Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

Q.1 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.3 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou tênis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

|  |
|--|
|  |
|--|

Dias

Q.4 Nos dias em que faz atividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.5 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

|  |
|--|
|  |
|--|

Dias

Q.6 Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.7 Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

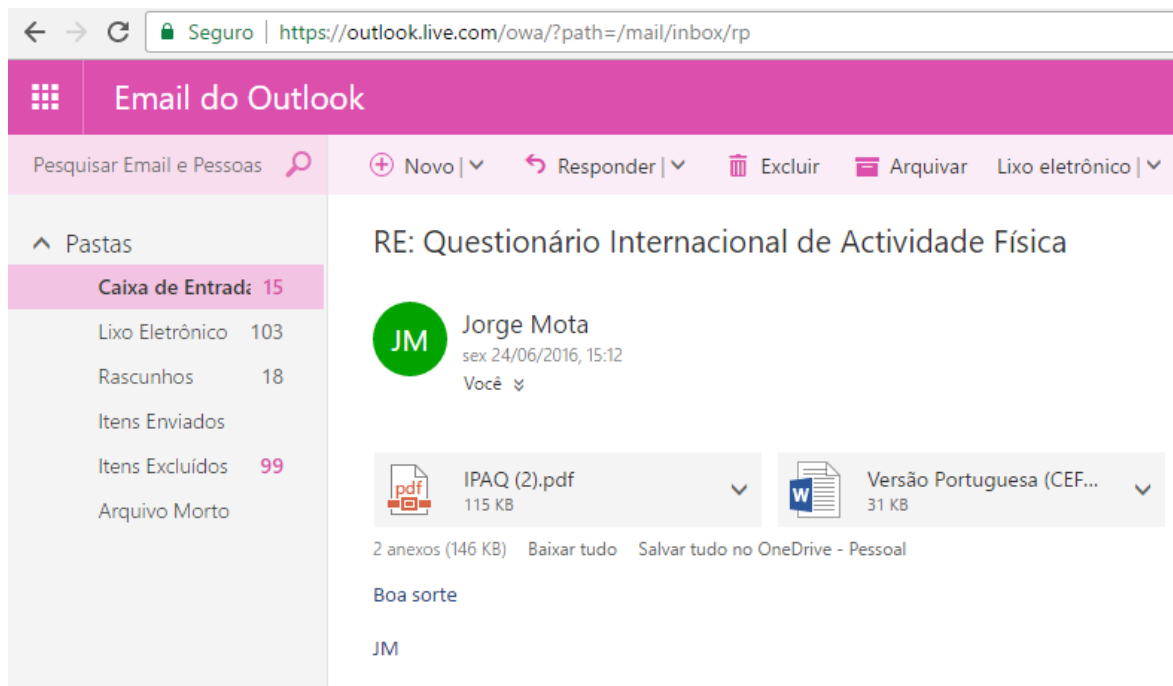
Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

**ANEXO II – Autorização da utilização do Questionário Internacional  
de Atividade Física (IPAQ) – Versão Portuguesa**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária



### **ANEXO III – Índice de Barthel**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

| Item  | Pontuação |
|---|-----------|
| <b>Alimentação</b><br>Independente 10<br>Precisa de alguma ajuda (5)<br>Dependente 0  |           |
| <b>Transferências</b><br>Independente 15<br>Precisa de alguma ajuda (10)<br>Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se 5<br>Dependente,<br>Não tem equilíbrio sentado 0   |           |
| <b>Toalete</b><br>Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes (5)<br>Dependente (0)   |           |
| <b>Utilização do wc</b><br>Independente (10)<br>Precisa de alguma ajuda (5)<br>Dependente (0)   |           |
| <b>Banho</b><br>Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) (5)<br>Dependente, necessita de alguma ajuda (0)   |           |
| <b>Mobilidade</b><br>Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) (15)<br>Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda (10)<br>Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas (5)<br>Imóvel (0)                |           |
| <b>Subir e Descer escadas</b><br>Independente, com ou sem ajudas técnicas (10)<br>Precisa de ajuda (5)<br>Dependente (0)  |           |
| <b>Vestir</b><br>Independente (10)<br>Com ajuda (5)<br>Impossível (0)   |           |
| <b>Controlo Intestinal</b><br>Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar (10)<br>Acidente ocasional (5)<br>Incontinência ou precisa de uso de clisteres (0)   |           |
| <b>Controlo urinário</b><br>Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho (10)<br>Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) (5)<br>Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho (0) |           |

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

| <b>Pontuação</b> | <b>Classificação</b>        |
|------------------|-----------------------------|
| 100              | Independente                |
| 91-99            | Dependente em grau reduzido |
| 61-90            | Dependente em grau moderado |
| 21-60            | Dependente em grau elevado  |
| 0-20             | Dependente total            |

O índice de Barthel foi retirado do S.Clinico Hospitalar da USF Tejo.

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**ANEXO IV – Parecer da comissão de Ética – Autorização aplicação  
PES-NWI**



A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária



Exma. Senhora

Dr.ª Mariana Lourenço Pereira Nogueira

[mari\\_nogueira@hotmail.com](mailto:mari_nogueira@hotmail.com)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

7979/CES/2016

19.07.2016

**Assunto: "A importância da atividade física em pessoas idosas com diabetes tipo 2- a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária."**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvida a questão referida na

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luís Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
[geral@arslvt.min-saude.pt](mailto:geral@arslvt.min-saude.pt) | [www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária



**Parecer**

**Proc.037/CES/INV/2016**

**Título:** A importância da atividade física em pessoas idosas com diabetes tipo 2- a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**Âmbito do estudo:** Mestrado em Enfermagem Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e saúde pública - ESEL

**Enquadramento institucional do proponente:** Enfermeira e aluna do 7º Curso Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e saúde pública

**Investigador(es):** Mariana Lourenço Pereira Nogueira;

**Orientador(es):** Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da Costa; Enfermeira Dulcineia da Conceição Coelho Carapeta Gomes

**Fundamentação do estudo:**

Para desenvolver o meu projeto e realizar o meu diagnóstico de situação necessito de aplicar um questionário. Dado esse fato, venho por este meio pedir a autorização para aplicar o Questionário de Atividade Física Internacional versão Portuguesa e versão curta (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ envio em anexo). O questionário foi proposto pela OMS (1998), houve uma reunião em Genebra em abril de 1998, como parte da OMS - Comitê Internacional de Atividade Física e Saúde. Para esse reunião foram selecionado 12 Países: Austrália; Canadá; Finlândia; Guatemala; Itália; Japão; Portugal; África do Sul; Suécia; Inglaterra; EUA (Matsudo et al, 2001).

A questão de investigação que me levou a este tema foi: Qual a influência da atividade física nas pessoas idosas com diabetes tipo 2?

**Apreciação:**

O estudo em apreço é parte integrante de um projecto de intervenção com interesse social, prevendo-se obter dados com interesse para a prática clínica.

No sentido de continuar esta avaliação, solicitam-se a seguinte informação / esclarecimentos:

- Quais os objectivos delineados que conduzem à aplicação do IPAQ e à recolha de dados dos processos clínicos dos utentes definidos
- Quais os dados a colher dos processos clínicos, aos quais se faz referência no consentimento informado
- declaração do Diretor executivo do ACES
- previsão de custos para o ACES

Aguardam-se esclarecimentos

Declaração de interesses: Nada a declarar

24 de Junho de 2016

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária



**Apreciação Final:**

O estudo em apreço é parte integrante de um projecto de intervenção com interesse social, prevendo-se obter dados com interesse para a prática clínica.

Numa primeira análise foram solicitados esclarecimentos no que reporta aos objetivos e dados a colher e declaração da Diretora Executiva do ACES. Foram respondidas as questões e alterado o texto do consentimento informado de acordo com os esclarecimentos prestados, ficando resolvidas as objeções, com exceção da declaração do Diretor Executivo que declara ter já solicitado e enviar logo que disponível.

Desta forma, os documentos enviados evidenciam que estão respeitados os princípios adequados a este tipo de estado e população e foi recepcionada a declaração da Sr.ª Directora Executiva do ACES, pelo que se propõe a emissão de um parecer favorável.

Declaração de interesses: Nada a declarar  
19 de Julho de 2016

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

## **ANEXO V – Folheto Informativo da USF Tejo – Exercício Físico no Utente**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**NÃO FAÇA EXERCÍCIO OU PARE DE  
O FAZER, QUANDO:**

- Estiver com uma hipoglicemia;
- Os antidiabéticos orais e/ou a insulina estiverem no pico máximo de acção;
- Estiver com falta de ar;
- Se sentir tonto;
- Sentir qualquer tipo de dor;
- Sentir picadas nas pernas ou nos pés;
- Estiver doente;
- Estiver desidratado.

*Elaborado por:  
Equipa de Enfermagem*

*Jef. 219449200*

unidade de saúde familiar

**USF**  
tejo

**EXERCÍCIO  
FÍSICO NO  
UTENTE**



**O EXERCÍCIO FÍSICO NA DIABETES TIPO II**

O exercício físico deverá fazer parte do seu dia-a-dia no tratamento e controle da diabetes, tendo tanta importância como tomar correctamente a medicação e fazer uma alimentação adequada.

**EFEITOS DO EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR:**

- Aumenta a agilidade;
- Aumenta a tonicidade muscular,
- Aumenta a resistência física,
- Diminui o peso e/ou ajuda a manter o peso ideal,
- Ajuda a prevenir a osteoporose,
- Diminui o Stress,
- Diminui risco relacionado aos fatores de risco cardiovasculares, tais com hipertensão e dislipidemia e doença isquémica cardíaca.

**PARA SER ACTIVO NÃO NECESSITA  
FREQUENTAR UM GINÁSIO. COMECE  
POR SE TORNAR MAIS ACTIVO NAS  
TAREFAS ROTINEIRAS DO DIA-A-DIA:**

Deixe de usar o controlo remoto da TV e levante-se para mudar o canal;

Circule pela casa durante os intervalos dos programas de televisão;

Suba mais vezes as escadas a pé, nem que comece por um lance de escadas;

Deixe o carro mais longe dos destinos;

Se andar de transportes, saia uma paragem mais cedo, ou apanhe o autocarro uma paragem mais à frente;

Utilize mais vezes o comércio perto de casa, sem levar o carro;

Se tiver jardim ou quintal, plante flores;

Vá passear o cão;

Brinque com crianças;

Combine com alguém a melhor hora do dia para a andar a pé num percurso seguro na sua área de residência;

Habitue-se a dar um passeio a pé, mesmo que seja pequeno, diariamente;

Informe-se na Junta de Freguesia ou outro local na comunidade das actividades que existem, por exemplo caminhadas, bailes, etc.

**ALGUNS CONSELHOS PARA FAZER  
EXERCÍCIO FÍSICO COM SEGURANÇA:**

- Ter sempre um cartão de identificação que refira que é diabético;
  - Monitorizar a glicemia antes do exercício físico:
1. Glicemia inferior a 70 mg/dl - não iniciar sem antes corrigir a glicemia;
  2. Glicemia inferior a 100 mg/dl - ingerir um snack com hidratos de carbono de absorção rápida;
  3. Glicemia entre 110 e 180 mg/dl - pode fazer exercício físico;
  4. Glicemia superior a 230 mg/dl - exercício muito leve;
  5. Glicemia superior a 300 mg/dl - adiar o exercício físico.
  6. Beber líquidos antes, durante e depois do exercício, para prevenir a desidratação;
  7. Se fizer insulina, reduza as doses de insulina;
  8. Usar calçado adequado e meias de algodão;
  9. Inspeccionar os pés antes e depois do exercício;
  10. Evitar fazer exercício em condições climáticas inadequadas: muito frio, calor ou humidade;
  11. Ter sempre um período de aquecimento dos músculos antes do exercício e um período de arrefecimento.

## **APÊNDICES**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

## **APÊNDICE I – Cronograma 2ºSemestre**

# CRONOGRAMA 2º SEMESTRE

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

| Anos   | 2015  |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|--|-------|----|----|---|----|----|----|-------|----|----|----|----|----|----|------|----|----|----|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|
| Meses  | Março |    |    |   |    |    |    | Abril |    |    |    |    |    |    | Maio |    |    |    |  |  |  | Junho |  |  |  |  |  |  |
| Dias   | 7     | 14 | 28 | 4 | 11 | 18 | 26 | 2     | 9  | 16 | 23 | 30 | 6  | 13 | 20   | 27 | 4  | 11 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Semana   | 11    | 18 | 1  | 8 | 15 | 22 | 29 | 6     | 13 | 20 | 27 | 3  | 10 | 17 | 24   | 1  | 8  | 15 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|  | 1     | 2  | 3  | 4 | 5  | 6  | 7  | 8     | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15   | 16 | 17 | 18 |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Recolha de dados epidemiológicos                       |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Observação de Rotinas                                  |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Observação consulta de diabetes                        |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Integração na consulta de Diabetes                     |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Realização da Revisão Scoping                          |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Seminários ESEL  |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Realização do Projeto                                  |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Planeamento do Diagnóstico de Situação                 |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Reuniões Orientadora Pedagógica                        |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| Realização Pedido Autorização para a Comissão de Ética |       |    |    |   |    |    |    |       |    |    |    |    |    |    |      |    |    |    |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |



A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

## **APÊNDICE II – Cronograma 3ºSemestre**

# CRONOGRAMA 3º SEMESTRE

| Anos                               |     | 2016    |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    | 2017 |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
|------------------------------------|-----|---------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----------|----|------|----|---------|----|----|----|----|-----------|----|----|--|--|
| Meses                              | Set | Outubro |    |    |    |    | Novembro |    |    |    |    | Dezembro |    |      |    | Janeiro |    |    |    |    | Fevereiro |    |    |  |  |
| Dias                               | 26  | 3       | 10 | 17 | 24 | 31 | 7        | 14 | 21 | 28 | 5  | 12       | 19 |      | 3  | 9       | 16 | 23 | 30 | 6  | 13        | 20 | 27 |  |  |
|                                    | 30  | 7       | 14 | 21 | 28 | 4  | 11       | 18 | 25 | 2  | 9  | 16       |    | 2    | 6  | 13      | 20 | 27 | 3  | 10 | 17        | 24 | 3  |  |  |
| Semana                             | 1   | 2       | 3  | 4  | 5  | 6  | 7        | 8  | 9  | 10 | 11 | 12       | 13 | 14   | 15 | 16      | 17 | 18 | 19 | 20 | 21        | 22 | 23 |  |  |
| Diagnóstico de Situação            |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Definição de Prioridades           |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Fixação de Objetivos               |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Seleção de Estratégias             |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Elaboração de Projetos e Programas |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Preparação da Execução             |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Execução                           |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Avaliação                          |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Realização do Relatório de Estágio |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |
| Seminários ESEL                    |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |    |         |    |    |    |    |           |    |    |  |  |

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

### **APÊNDICE III – Projeto de Intervenção Comunitário**



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

#### **Projeto de Intervenção Comunitário**

***“A importância da atividade física nos idosos  
com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro  
de saúde comunitária”***

Mariana Lourenço Pereira Nogueira

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem  
Comunitária**

**Trabalho de Projeto**

**“A importância da atividade física nos idosos  
com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro  
de saúde comunitária**

**Mariana Lourenço Pereira Nogueira**

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Andreia Cátia Jorge Silva da Costa

**Lisboa  
2016**



“Embora não volte a ter outra vez 25 anos, pode melhorar o seu aspeto físico, a sua saúde e a sua energia. A fórmula é simples. Mude o seu estilo de quatro maneiras, procurando: Ser mais saudável e magro; Ser fisicamente mais ativo; Mudar o tipo de alimentação e Aprender a relaxar.”

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2001)

## **Lista de Abreviaturas e/ou Siglas**

DGS- Direção- Geral da Saúde

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1. Título .....   | 1         |
| 2. Palavras-chave .....   | 1         |
| 3. Data do início .....   | 1         |
| 4. Duração .....  | 1         |
| <b>INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS .....</b>  | <b>2</b>  |
| <b>COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....</b>   | <b>3</b>  |
| 1. Sumário .....  | 3         |
| 2. Descrição Técnica .....  | 5         |
| a) Revisão Crítica da Literatura.....   | 5         |
| b) Plano de trabalho e Métodos14  |           |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>   | <b>22</b> |
| <b>Anexo I</b> – Autorização para utilização do IPAQ versão Portuguesa.....                           | 23        |
| <b>Anexo II</b> – IPAQ versão curta e versão Portuguesa.....  | 25        |
| <b>Anexo III</b> – Parecer positivo por parte da Comissão de Ética ..... Erro! Marcador não definido. |           |
| <b>APÊNDICES.....</b>   | <b>30</b> |
| <b>Apêndice I</b> – <i>Scoping Review</i> . ....  | 31        |
| <b>Apêndice II</b> – Caracterização da População – Aquando da aplicação do IPAQ.....                  | 69        |
| <b>Apêndice III</b> – Consentimento Livre e informado. ....   | 72        |



## **IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **1- Título**

“A importância da atividade física nos idosos diabéticos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”.

### **2- Palavras-chave**

- Idosos (*Elderly*);
- Atividade Física (*physical activity*);
- Enfermagem Comunitária (*nursing communa*l);
- Diabetes tipo 2 (Diabetes type 2);

### **3- Data do início**

O projeto terá início em Setembro de 2016.

### **4- Duração**

O projeto irá iniciar em Setembro de 2016 e terminará em Fevereiro de 2017, tendo portanto a duração de 6 meses.

## **INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS**

As instituições envolvidas no projeto são: a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e a Unidade de Saúde Familiar Tejo (USF Tejo).

Assim, na ESEL é o local onde serão recebidas as orientações pedagógicas por parte da Professora Doutora Andreia Costa.

A USF Tejo é o local de estágio, situando-se em Moscavide. A USF Tejo é parte integrante do ACES Loures-Odivelas, sendo constituída por uma equipa multiprofissional de 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos. Mudou de instalações em Fevereiro de 2015, tendo instalações magníficas, acessíveis e muito bem situadas.

A USF Tejo tem inscritos 14086 utentes inscritos e 4577 utentes têm 65 anos ou mais, ou seja, 32,5% dos utentes inscritos. O número de utentes diabéticos inscritos na USF Tejo são 1130.

## **COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA**

### **1- Sumário**

No âmbito do curso Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária 2015-2017 foi-nos proposto como objeto de avaliação a realização de um projeto de intervenção comunitário. Este projeto é realizado no local de estágio definido, que neste caso é a USF Tejo.

Para a escolha da temática para o projeto de intervenção comunitário teve de haver partilhas de ideias, discussão com a orientadora de estágio, a Sr<sup>a</sup> Enfermeira Dulcineia Carapeta.

Desta forma, o fenómeno escolhido foi o seguinte: “A importância do exercício físico na qualidade de vida dos idosos – Intervenção do Enfermeiro de Saúde Comunitária”.

Assim, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011) a Enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. É desta forma que se percebe que a enfermagem comunitária é a área mais competente para agir junta da comunidade, e no meu caso em particular junto dos idosos diabéticos, para que estes possam ter uma melhor gestão da sua doença.

Como enfermeira e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária 2015-2017, a mestranda encontra-se a desenvolver competências nessa mesma área, deste modo sua qualificação é bastante importante dado ser nesta fase de desenvolvimento que se constrói o que pode ser definido como identidade profissional, ou seja, parte fulcral das aptidões teórico-práticas que me permite desempenhar as funções de enfermeira especialista.

De acordo com o Regulamento nº128/2011:

“(…) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos

diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.10).

Ou seja, a mestranda deve desenvolver competências que permitam:

“(...)participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.10).

Uma competência surge do aperfeiçoamento contínuo da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão (Moraes, 2004). Sendo o conceito de competência tão abrangente do que mera aptidão ou faculdade, mas também o poder e a capacidade que uma pessoa possui para resolver um assunto/problema/situação num determinado contexto, podemos afirmar que o desenvolvimento de uma competência será, no fundo, validar uma capacidade através da profissionalização, que implica um processo de formação, de procura e de ação ao longo da vida.

Assim, de acordo com Moraes (2010) a formação deve ser encarada como um fenómeno social, que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objetivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, técnicas ou relacionais. A formação em contexto clínico, de acordo com Miranda (2010) justifica-se pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, resultem numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente. Desta forma, o ensino clínico, segundo Silva & Silva (2004) permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. E nesse período que a mestranda como aluna pode desenvolver as habilidades/capacidades de modo a aplicar os conhecimentos apreendidos, adequando-os à prática, permitindo assim o desenvolvimento de competências específicas.

Neste momento na área de enfermagem comunitária e segundo Benner (2001) a mestranda encontra-se no estado 1: Inciado. Situa-se nesse estado, porque de acordo com Benner (2001) “...as estudantes não são as únicas

iniciadas; todas as enfermeiras que integram um novo serviço...podem encontrar-se a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não lhes forem familiares. Benner (2001) dá um exemplo: "...uma enfermeira especializada e tendo muita experiência no tratamento dos doentes adultos em estado crítico encontrar-se-ia num nível iniciada do ponto de vista das competências se fosse transferida para uma unidade de cuidados intensivos em neonatologia". Assim, a experiência da mestranda é quase toda em contexto hospitalar, pelo que por ter de realizar projetos na comunitária, considera-se uma enfermeira no estado iniciada.

Deste modo, como enfermeira que está a iniciar o seu percurso em saúde comunitária, não tem nenhuma competência desenvolvida, quando analisado o artigo nº4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Pública e Comunitária (2011). Devido a esse fato, a mestranda compromete-se a adquirir as seguintes competências (OE, 2011):

- "a)Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b)Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d)Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;"

No entanto, para tal é necessária a realização de uma reflexão, uma vez que esta assume particular interesse no campo de enfermagem, dada a necessidade de integrar a teoria e a prática, constituindo-se assim, como um momento privilegiado de integração de competências (Ferreira, 2004). A teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega (Rebelo, 1996).

## 2- Descrição Técnica

### a) Revisão Crítica da Literatura

Para uma Revisão Crítica da Literatura mais consistente e como objeto de avaliação proposto na Unidade Curricular Opção II, foi desenvolvida uma *Scoping Review* (ver apêndice I). Deste modo, a Revisão Crítica da Literatura do Projeto foi enriquecida com a realização da *Scoping Review*.

O número de pessoas com 60 anos ou mais irá aumentar até 2050, passando de 21% em 2006 para 34% em 2050 na Europa (OMS, 2010). O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que afetou ou virá a afetar todos os homens, mulheres e crianças de todos os lugares do planeta. Em alguns países da OCDE, entre 40% a 50% dos gastos com saúde são atribuídos aos idosos e o custo *per capita* daqueles que possuem mais de 65 anos é 3 a 5 vezes maior que dos outros grupos etários (OMS, 2010).

Em Portugal segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) para população residente no período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio populacional de 22% (10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes) e esperam-se também alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico (DGS, 2014). Por outro lado, a população residente em Portugal com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar, pelo que em 2001 eram 16,3% e em 2011 temos 19,03% (INE, 2012). Da população residente em Portugal com 65 anos ou mais que referiu pelo menos uma dificuldade nos cuidados pessoais são 457900, ou seja 4,4% da população portuguesa. Temos 1060381 população residente com 65 anos ou mais que referiu pelo menos uma dificuldade nas atividades domésticas em Portugal, ou seja 10,2% da população portuguesa (INE, 2014). Da população residente com 65 anos ou mais, 20,2% necessita de ajuda total, 19,6% não necessita de nenhuma ajuda, 0,3% necessita de ajuda em grau moderado e 0,29% necessita de ajuda em grau elevado (INE, 2014). Estes dados revelam que para além da população com 65 anos ou mais estar a aumentar, essa população tem um grau de dependência que temos de ter em conta. De acordo com os censos 2011, o índice de dependência total agravou-se na última década em 4%, aumentando de 48 em 2001, para 52 em 2011, com tendência a piorar caso não se verifique uma inversão da diminuição da natalidade. Este agravamento é resultado do aumento do índice de

dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década (DGS, 2014).

A esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar de 79,14 entre 2007-2009 para 80,13 entre 2011-201 (INE, 2014). Embora o aumento da esperança média de vida seja amplamente reconhecida como uma importante conquista, constata-se que a mesma também conduz a mudanças nas principais causas de morbilidade e mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um aumento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde (DGS, 2014).

A OMS define idoso como pessoas com maior ou igual a 60 anos de idade (OMS, 2010). O humano tem a maior esperança de vida do reino animal, com potencialidades para 125 anos (Phipps *et al*, 2007). O processo de envelhecimento sempre foi rodeado de mitos e mistérios. Deste modo, Aristóteles acreditava que o envelhecimento era um período sem compromissos, enquanto Platão acreditava que quanto mais velho mais sábio seria (Phipps *et al*, 2007). Os antigos gregos acreditavam que o vigor da força da vida se esgotava ao longo do tempo, sendo que foram os primeiros a referir que os idosos estão sujeitos a uma série de problemas de saúde (Phipps *et al*, 2007).

Sir Francis Bacon (1561-1626) foi o primeiro a abordar o envelhecimento de forma científica (Phipps *et al*, 2007).

Em 1909, Nasher usou a palavra geriatria para se referir a doenças da velhice. Em 1927, Rybrikov, um psicólogo russo referia-se ao processo de envelhecimento como o estudo da gerontologia (Phipps *et al*, 2007).

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2016), envelhecimento é o “ato ou efeito de envelhecer”, sendo que, envelhecer significa “fazer ou fazer-se velho”; “chegar a velho” ou “tornar-se desusado”. Envelhecer é, portanto, um processo natural; todavia, isso não supõe que o idoso esteja determinado à ausência de saúde ou à falta de acesso aos meios necessários que possibilitem o usufruto de qualidade de vida. Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um

desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (Phipps *et al*, 2007).

Assim, muitos são os idosos que têm diabetes.

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) é uma doença grave, crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar eficazmente a insulina que produz. É um problema de saúde pública e considerada uma das quatro doenças não transmissíveis prioritárias a nível mundial (WHO, 2016). A prevalência da DM aumenta com a idade, atingindo ambos os géneros e todas as idades (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). A DM constitui, atualmente uma das principais causas de morte, por implicar um grande risco de doença coronária e acidente vascular cerebral. As principais complicações crónicas que daí podem advir, são: neuropatia e amputação; retinopatia; nefropatia e doença cardiovascular 43. Verificou-se um crescimento acentuado da incidência em Portugal entre 2000 a 2011, o qual foi atenuado pelos valores dos três últimos anos (Observatório Nacional da Diabetes, 2015) (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Portugal é dos países da União Europeia com uma maior prevalência de diabetes mellitus com o valor maior de 9. A prevalência da diabetes em Portugal em 2014 foi de 13.1%, sendo que nas mulheres foi de 10,8% e nos homens 15,8% (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Relativamente à incidência conseguimos perceber que existem por volta de 520 novos casos por 100000 habitantes em 2014. No entanto, a incidência em 2013 era por volta de 550 novos casos por 100000 habitantes (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

No que diz respeito à taxa de Mortalidade por diabetes e por 100000 habitantes é no total de 43,5, 38,4 nos homens e 48,1 nas mulheres (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Por fim, para o grupo importa perceber também as complicações macrovasculares da diabetes em Portugal (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). Deste modo, o número de pessoas com diabetes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em 2013 era de 3273 e em 2014 passaram a 4230 (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). No que diz respeito ao número de



peessoas com Diabetes e com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 2013 eram 7425 e em 2014 passaram a 7685. Em relação ao número de doente saídos do internamento hospitalar com amputações dos membros inferiores por motivo de Diabetes em 2013 eram 1556 e em 2014 passaram a 1385. Por fim, relativamente à prevalência da Diabetes nas pessoas com insuficiência renal crónica (IRC) – Global, em 2013 era de 27,7% e em 2014 passaram a 27,8% (Observatório Nacional da Diabetes, 2015).

Existe uma grande prevalência em Portugal de Diabetes Mellitus em relação aos outros países da União Europeia. Dados esses factos a intervenção é prioritária e a prevenção torna-se fundamental (International Diabetes Federation, 2015).

Em Portugal, verifica-se a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem DM. Além disso, verifica-se um aumento da prevalência da DM, de 11,7% para 13,1%, de 2009 a 2014 (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). Verifica-se que existe uma maior prevalência nos homens que nas mulheres (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). Apesar de tal fato, são as mulheres apresentam uma taxa de mortalidade por DM, maior que os homens (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento da incidência da DM em Portugal, que foi atenuado só nos últimos 2 anos (2013 e 2014) (Observatório Nacional da Diabetes, 2015). Relativamente às complicações macrovasculares em Portugal nos diabéticos, tem-se verificado um aumento dos casos em Portugal (INE, 2014).

Em relação ao tratamento, 25% dos doentes com DMNID são tratados com insulina e 50% fazem medicação oral para aumentar a secreção de insulina e eficiência da utilização da glicose. Os restantes controlam os níveis de glicémia com dieta e exercício. Embora a glicémia não tenha cura, um bom controlo da glicémia pode prolongar a vida e evitar complicações nos diabéticos (Seeley, 2003)..

A inatividade física é considerada como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Assim, foi sugerido pela OMS

dotar esta área de instrumentos de organização estratégica que facilitem a organização dos serviços, a formação de pessoal e a distribuição de recursos que podem promover a AF e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de AF nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que os cidadãos reconheçam as vantagens de ter uma vida mais ativa (WHO, 2016).

Os resultados do Eurobarómetro 58,2 (*Special Eurobarometer Wave 58,2*) realizado em 2002 através de um questionário internacional de atividade física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) demonstraram que Portugal tem a prevalência de AF mais baixa (40,7%) da Europa (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011). Assim, 36% dos portugueses afirmaram “Nunca” realizar qualquer tipo de AF <sup>42</sup>. Considerando ainda os resultados dos Eurobarómetros (2002, 2004 e 2010) e do NHANES (2003-2004) sugerem que os homens são mais ativos que as mulheres e que a atividade física diminui com a idade (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011).

Em Portugal verifica-se uma diminuição da AF total a partir dos 65 anos. De acordo com a recomendação para a saúde da OMS em Portugal a AF praticada pelos idosos (> 65 anos) é insuficiente (<30 min/dia) (Observatório Nacional da Atividade Física, 2011).

Assim, numa perspetiva nacional, é prioritário que os diferentes grupos populacionais tenham acesso a orientações para a AF, bem como a criação de condições para a realização de atividade física, através de políticas intersectoriais e multidisciplinares (DGS, 2016).

Durante muito tempo, médicos, outros profissionais de saúde e muitas pessoas com mais idade consideravam perigoso a realização de atividade física (AF) por parte dos idosos. Esta atitude devia-se ao fato de considerarem as pessoas acima dos 60 anos como pessoas frágeis, débeis e/ou incapacitadas (DGS, 2011).

Atualmente verifica-se um aumento forte ao nível da evidência dos benefícios da prática de atividade física, contribuindo para um estilo de vida independente e saudável, melhorando muito a capacidade funcional e a qualidade de vida da população idosa (Morgadinho, 2012).

A atividade física é um determinante importante na redução do risco de doenças cardiovasculares e apresenta impacto significativo em todas as causas de mortalidade. Por outro lado, tem benefícios a nível psicossocial: redução do stress; da sintomatologia depressiva; aumenta a sensação de bem-estar envolvendo maiores níveis de auto-confiança e consequentemente satisfação pessoal (Morgadinho, 2012).

Existe diferenças entre o conceito de atividade física e exercício físico. A atividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. O exercício físico é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar um ou mais componentes de aptidão física ( Observatório Nacional de Atividade Física, 2011).

Está comprovado que quanto mais ativa uma pessoa for, menos limitações físicas terá (Franchi & Junior, 2005). Um dos principais benefícios referidos pelos autores é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Entende-se por capacidade funcional, o desempenho para a realização das atividades de vida diária (AVD's). Exemplos de AVD's: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar uma pequena distância; ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos. Para além das AVD's existem as AIVD's (Atividades Instrumentais da Vida Diária), como por exemplo: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem, ou seja atividades mais complexas da vida diária. Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser a primeira causa da incapacidade para realizar AVD's (Franchi & Junior, 2005).

Segundo os mesmos autores, para além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove uma melhoria na aptidão física. Entende-se por aptidão física, a capacidade de realizar atividades do quotidiano com vigor e energia, tendo devido a esse fato menor risco de desenvolver doenças. Os componentes da aptidão física são: aptidão cardiorrespiratória, a força e resistência muscular e a flexibilidade (Franchi & Junior, 2005).

A prática de atividade física também promove a melhoria da composição corporal, a diminuição das dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, melhora a utilização da glicose, melhora o perfil lipídico, aumenta a capacidade aeróbia, melhora a força e flexibilidade e diminui a resistência vascular. Relativamente aos benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da auto-confiança e a melhoria da auto-estima (Franchi & Junior, 2005).

Nunca é tarde para começar a fazer exercício físico, no entanto, normalmente as pessoas idosas que ao longo da vida praticaram mais exercício físico revelam melhor condição física.

Na Carta de Ottawa (1986) um dos aspetos básicos a ser desenvolvido para a promoção de saúde, é a construção de políticas públicas voltadas para a saúde, nas quais o objetivo maior é o de indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

Os programas de incentivo à prática de AF ainda são escassos e pouco explorados em ambientes de promoção da saúde. Necessita de uma maior atenção por parte dos gestores dos programas de educação para a saúde e da própria sociedade.

Assim, a implementação de programas de promoção de saúde deve começar nos primeiros anos escolares e deve continuar ao longo da vida do indivíduo. O hábito de exercitar-se deve ser mantido e estimulado pela escola, pela família e pela comunidade.

Assim, a nível mundial a OMS (*World Health Organization*) desenvolveu um plano global de recomendações de atividade física para a saúde (*Global Recommendations on Physical Activity for Health*) (OMS, 2010). Foquei-me nas recomendações para pessoas acima dos 65 anos. Desta forma, de acordo com a OMS para os adultos desta faixa etária, atividade física inclui: atividade física no lazer, durante as deslocações (que poderão ser realizadas a pé ou de bicicleta por exemplo), no trabalho/ profissão (se a pessoa tem trabalho), com as pessoas do agregado familiar, nomeadamente nas tarefas, jogos, desportos ou exercício planeado, no contexto de atividades diárias, familiares e comunidade (OMS, 2010).

Por outro lado, a fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória, muscular, óssea e saúde funcional, e reduzir o risco das doenças, depressão e declínio cognitivo, a OMS (2010) realiza as seguintes recomendações:

1. Adultos acima dos 65 anos deve fazer pelo menos 150 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade moderada ao longo da semana, ou, pelo menos, 75 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade vigorosa
2. A atividade aeróbia deve ter a duração de pelo menos 10 minutos.
3. Para benefícios adicionais de saúde, os adultos acima dos 65 anos devem aumentar a atividade física aeróbica para 300 minutos por semana, ou 150 minutos de intensidade vigorosa.
4. Os adultos desta faixa etária com pior mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas, tendo uma frequência de 3 ou mais dias por semana.
5. As atividades de fortalecimento muscular deve ser feito envolvendo grandes grupos musculares, em 2 ou mais dias por semana.
6. Quando os adultos desta faixa etária não pode fazer as quantidades recomendadas de atividade física devido às suas condições de saúde eles devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições o permitam.

No geral, em todos os grupos etários, os benefícios da implementação das recomendações acima, ou seja, o fato de serem fisicamente ativos, superam os malefícios. Para evitar lesões musculares os adultos acima dos 65 anos devem realizar um aquecimento muscular primeiro e a prática de a AF deve ser gradual de acordo com cada indivíduo (OMS, 2010).

Em Portugal, a DGS desenvolveu um guia para pessoas idosas, que tem como título “ QUEM? EU? EXERCÍCIO? Exercício sem riscos para la dos sessenta” (DGS 2014). Neste guia obtemos toda a informação que necessitamos de saber sobre o exercício físico, incluindo passo a passo o que devemos fazer para iniciar a nossa atividade física.

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao

exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos (Monteiro *et al*, 2014).

Na área da Promoção da Saúde, estão presentes recomendações implícitas ou explícitas para o seu uso em diferentes conferências internacionais da Organização Mundial da Saúde. A Promoção da Saúde é um processo que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e seus determinantes, constituindo um dos principais modelos teóricos que influenciam as políticas de saúde em todo o mundo. Baseia-se em princípios que defendem a saúde como um direito humano fundamental, equidade e justiça social, responsabilidade social dos setores público e privado, alianças, trabalho em rede e parcerias, a participação, o empoderamento individual e comunitário, responsabilidade individual no estado de saúde, desenvolvimento de infra-estruturas, integração em diferentes setores e ética profissional (Franchi & Junior, 2005).

A Enfermagem Comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processo de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OMS, 2010).

#### b) Plano de trabalho e Métodos

A questão de investigação que despertou para o projeto de intervenção nesta temática foi: Qual a influência da atividade física nas pessoas idosas com diabetes tipo 2?

No projeto irão ser seguidas as etapas de planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes (1993):

- 1-Diagnóstico de Situação
- 2-Definição de Prioridades
- 3-Fixação de Objetivos
- 4-Seleção de estratégias
- 5-Elaboração de Projetos e Programas
- 6-Preparação da execução
- 7-Execução
- 8-Avaliação

O local do projeto de intervenção comunitária será na Unidade de Saúde Familiar (USF) Tejo. A USF Tejo tem inscritos 14086 utentes inscritos e 4577 utentes têm 65 anos ou mais, ou seja, 32,5% dos utentes inscritos. O número de utentes diabéticos inscritos na USF Tejo são 1130, sendo que foi escolhida para população alvo os utentes diabéticos da consulta de uma enfermeira. Essa enfermeira tem 196 utentes, sendo que 148 têm 65 anos ou mais e 48 utentes têm menos de 65 anos. Assim, a população alvo são os utentes diabéticos com 65 anos ou mais.

Neste momento, o projeto encontra-se na etapa 1, ou seja, no diagnóstico de situação, pelo que para tal, será aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física versão curta (*Internacional Physical Activity Questionnaire - IPAQ*) aos 148 utentes com idade igual ou superior a 65 anos da consulta de diabetes de uma enfermeira, de modo a recolher os dados sobre a minha população alvo e realizar, por fim o diagnóstico de situação.

O instrumento escolhido para a realização do diagnóstico de situação foi o IPAQ, que foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1998, numa reunião em Genebra em abril de 1998. Devido às dificuldades de

encontrar medidas da atividade física internacionalmente comparáveis, a OMS, a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e o Instituto Karolinska da Suécia reuniram ilustres investigadores na área, de modo a desenvolverem e testarem um instrumento para medir a atividade física a nível mundial (Craig, *et al*, 2003). Esse grupo (Comitê Internacional da Atividade Física e Saúde) começou a desenvolver então o Questionário Internacional de Atividade Física (*International Physical Activity Questionnaire, IPAQ*) em diferentes versões e realizou no ano 2000, estudos em 12 países (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra, Estados Unidos e Brasil) de modo a determinar a confiabilidade e validade do instrumento com a participação de 196 indivíduos (Craig *et al*, 2003). Em 2001 o IPAQ publicou um relatório parcial dessa mesma aplicação experimental, no qual indicavam que o IPAQ apresentava características psicométricas aceitáveis para uso em estudos de prevalência sobre a participação em atividades físicas. Os resultados foram então publicados por Craig e outros autores (Craig *et al*, 2003).

O IPAQ é um instrumento que mede a AF referente aos últimos sete dias. Neste questionário os indivíduos são inquiridos sobre toda a AF de intensidade vigorosa, AF de intensidade moderada e sobre os hábitos de marcha, quer sejam inerentes às atividades de vida diária – AF vida diária (atividades profissionais, atividades domésticas, jardinagem, agricultura, deslocações, etc) ou AF organizada e estrutura – Exercício, tendo como referência a última semana (Craig *et al*, 2003).

Como Portugal pertenceu ao Comitê Internacional de Atividade Física e Saúde, o IPAQ foi logo validado para Português por Mota & Sardinha (2000).

Assim, foi pedida autorização aos autores que validaram o IPAQ para a versão Portuguesa, estes deram o consentimento para utilizar o IPAQ versão portuguesa no projeto e inclusive mandaram por correio eletrónico o IPAQ versão portuguesa (ver anexo 1 e 2).

No entanto, para a aplicação do IPAQ aos utentes da USF Tejo a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT (Administração Regional de



Saúde Lisboa e Vale do Tejo) deve conceder autorização. Para tal, foi necessário reunir 11 documentos, nomeadamente:

1. Protocolo de Investigação;
2. Formulários e Escala;
3. O consentimento livre e informado;
4. Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores. ou colaboradores na investigação;
5. Declaração dos profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores;
6. Identificação do elo de ligação;
7. Declaração do orientador pedagógico;
8. Declaração do Diretor de Serviço Diretor Executivo do ACES;
9. Cópia da notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados;
10. Declaração do Investigador sobre a propriedade de dados e resultados e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais;
11. Declaração de compromisso do investigador para entrega à CES do relatório final da investigação;

Assim, foram enviados todos os documentos necessários à autorização. Foi um processo demoroso e continua a ser. No entanto, posteriormente foi enviado um e-mail a referir que documentação iria ser submetida ao Conselho Diretivo para ser assinada (ver anexo III).

Dado que não houve uma autorização por parte da comissão de ética antes de final de Julho de 2016. O IPAQ irá ser aplicado no mês de Outubro 2016 e, possivelmente o diagnóstico de situação só será realizado em Novembro de 2016.

Assim, como ainda não foi realizado o diagnóstico de situação, não foi possível delimitar atividades nem resultados esperados, nem prosseguir para as outras etapas do planeamento em saúde (ver cronograma). Fica então delimitado o projeto através do cronograma que apresentado de seguida.

## **CRONOGRAMA**

|                                       |       | 2016  |      |       |       |          |         |          |          | 2017    |           |
|---------------------------------------|-------|-------|------|-------|-------|----------|---------|----------|----------|---------|-----------|
| <b>Atividades</b>                     | Março | Abril | Maió | Junho | Julho | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro |
| Reuniões com orientador pedagógico    |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Pesquisa sobre o tema                 |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Realização da revisão Scoping         |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Estágio na USF Tejo                   |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Realização do Diagnóstico de Situação |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Definição de Prioridades              |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Fixação de objetivos                  |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Seleção de estratégias                |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Elaboração de projetos e Progamas     |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Preparação da execução                |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Execução                              |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Avaliação                             |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |
| Realização do Relatório de Estágio    |       |       |      |       |       |          |         |          |          |         |           |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A.E., Bouth, M. L. Ainsworth, B. E....(2003). International Physical Activity Questionnaire: 12- Country Reliability and Validity. *American College of Sports Medicine*.3(98). 1381-1395.
- DGS – Direcção- Geral da Saúde (2011). Norma da Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: [http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS\\_DM\(1\).pdf](http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS_DM(1).pdf).
- DGS – Direcção- Geral da Saúde. (2014). Idade Maior em Números. 1 – 224. Disponível em: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/i020593%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/i020593%20(2).pdf).
- DGS - Direcção-Geral de Saúde (2011-2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 10-01-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/documentos-pns/>.
- Franchi K., Junior, R (2005). Atividade Física: Uma Necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Promoção da Saúde*. 18 (3). 152-156
- Imperatori, E & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*

Miranda, A. (2010). Formação na Prática Clínica de Enfermagem- Os sabres do cuidar. In Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários.

- Monteiro, V. (2010) - *Enfermagem Comunitária: Diferentes Cenários e Desafios para a Prestação de Cuidados*. Universidade Católica Portuguesa. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto.
- Morais, C. (2004). Perspetivas das competências. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 188, 23-24.
- Morgadinho, R.S. (2012). Promoção da saúde em idosos: Exercício Físico. *Psicologia.pt*. 1-12.
- Mota, J. & Sardinha, L. (2000). Questionário Internacional de Actividade Física. Estudo piloto da garantia e validade numa população portuguesa. Livro de Resumos do 8º Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto dos Países de Língua Portuguesa. Desporto, Educação e Saúde. Faculdade de Motricidade Humana.
- Observatório Nacional da Atividade Física. (2011). Livro verde da Atividade Física. Instituto do Desporto de Portugal. Lisboa. 15-47. Disponível em: [http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica\\_GERAL.pdf](http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf) . Acedido a 7/4/2016.
- Observatório Nacional de Diabetes (2015). *Diabetes: Factos e Números – Relatório anual do observatório nacional da diabetes*. Edição 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em: [http://spd.pt/images/ond\\_2015.pdf](http://spd.pt/images/ond_2015.pdf); International.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for health*. Switzerland. 1-57
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de fevereiro, 8667-8669.

Phipps, Wilma J.(2007) – Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ªed.Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-65-7.

Rebelo, M. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados e enfermagem: contributo para análise das representações sociais. *Revista Sinais Vitais*, 9, 13-18.

Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2003) - *Anatomia e Fisiologia*. (6ª Edição). Loures: Lusociência.

Silva, D. & Silva, E. (2004). O Ensino Clínico na formação de Enfermagem. *Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 30, 103-118.

STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. (2011) – Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-989-8075-29-1

World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. WHO. Acedido a 02-05-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

## **ANEXOS**


**Anexo I – Autorização para utilização do IPAQ versão Portuguesa.**



*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*



Novo | Responder | Excluir | Arquivar | Lixo eletrônico | Limpar | ... | ↑ | ↓ | ✕ | ↶ Desfazer

## RE: Questionário Internacional de Actividade Física

 **Jorge Mota**  
24/06/2016  
Você

Responder

Documentos

|   |   |
|---|---|
|  <b>IPAQ (2).pdf</b><br>115 KB |  <b>Versão Portuguesa (CEF...</b><br>31 KB |
|---|---|

2 anexos (146 KB) | Baixar tudo | Salvar tudo no OneDrive - Pessoal

Boa sorte

JM

---

**From:** Nogueira Mariana [mailto:mari\_nogueira@hotmail.com]  
**Sent:** sexta-feira, 24 de Junho de 2016 09:26  
**To:** Jorge Mota <jmota@fade.up.pt>  
**Subject:** RE: Questionário Internacional de Actividade Física

Muito obrigada. Fico a aguardar.

Mariana

---

From: [jmota@fade.up.pt](mailto:jmota@fade.up.pt)  
To: [mari\\_nogueira@hotmail.com](mailto:mari_nogueira@hotmail.com)

Windows taskbar: e, P, ^, [Battery], [Speaker]

**Anexo II – IPAQ versão curta e versão Portuguesa.**

## **PARTE B**

### **QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDADE FÍSICA (IPAQ versão curta)**

Estamos interessados em conhecer os diferentes tipos de atividade física, que as pessoas fazem no seu quotidiano. Este questionário faz parte de um estudo alargado realizado em vários países. As suas respostas vão-nos ajudar a conhecer o nosso nível de atividade física, quando comparado com o de pessoas de outros países. As questões que lhe vou colocar, referem-se à semana imediatamente anterior, considerando o tempo em que esteve fisicamente ativo/a. Por favor, responda a todas as questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente ativa. Vou colocar-lhe questões sobre as atividades desenvolvidas na sua atividade profissional e nas suas deslocações, sobre as atividades referentes aos trabalhos domésticos e às atividades que efetuou no seu tempo livre para recreação ou prática de exercício físico / desporto.

Ao responder às seguintes questões considere o seguinte:

- **Atividades físicas vigorosas** referem-se a atividades que requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.
- **Atividades físicas moderadas** referem-se a atividades que requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal.
- Ao responder às questões considere apenas as atividades físicas que realize durante pelo menos 10 minutos seguidos.

Q.1 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas vigorosas, como por exemplo, levantar objetos pesados, cavar, ginástica aeróbica, nadar, jogar futebol, andar de bicicleta a um ritmo rápido?

Dias

Q.2 Nos dias em que pratica atividades físicas vigorosas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.3 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias fez atividades físicas moderadas como por exemplo, carregar objetos leves, caçar, trabalhos de carpintaria, andar de bicicleta a um ritmo normal ou tênis de pares? Por favor não inclua o “andar”.

|  |
|--|
|  |
|--|

Dias

Q.4 Nos dias em que faz atividades físicas moderadas, quanto tempo em média dedica normalmente a essas atividades?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.5 Diga-me por favor, nos últimos 7 dias, em quantos dias andou pelo menos 10 minutos seguidos?

|  |
|--|
|  |
|--|

Dias

Q.6 Quanto tempo no total, despendeu num desses dias, a andar/caminhar?

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

Q.7 Diga-me por favor, num dia normal quanto tempo passa sentado? Isto pode incluir o tempo que passa a uma secretária, a visitar amigos, a ler, a estudar ou a ver televisão.

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Horas

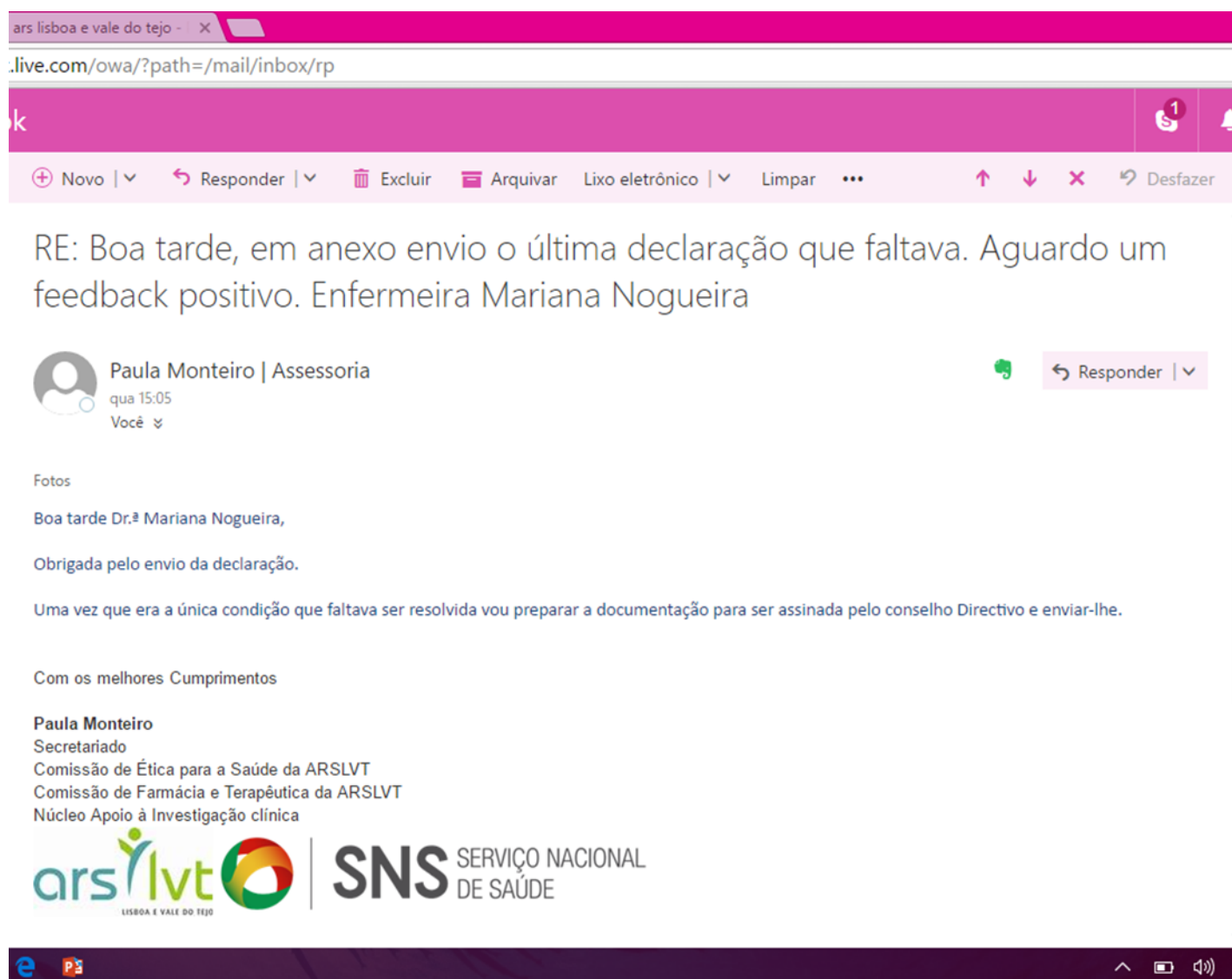
|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Minutos

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*

**Anexo III – Parecer positivo por parte da Comissão de Ética**

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*



## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Scoping Review**



## **A importância da atividade física em pessoas idosas com diabetes tipo 2 – Intervenção do enfermeiro de saúde comunitária: a *scoping review***

Mariana Lourenço Pereira Nogueira <sup>1</sup>

1 - Enfermeira no Hospital Cuf Descobertas; Mestre em Gestão de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Mestranda do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Telemóvel nº 918841368; E-mail: [mlpn2290@gmail.com](mailto:mlpn2290@gmail.com)

### **Sumário**

#### **Background**

O mundo está cada vez mais idoso, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá aumentar até 2050. A população residente em Portugal com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar. Portugal é dos países da União Europeia com uma maior prevalência de diabetes mellitus. A inatividade física é considerada como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Portugal tem a prevalência de atividade física (AF) mais baixa da Europa. Verifica-se uma diminuição da AF total a partir dos 65 anos. Assim, numa perspetiva nacional, é prioritário que os diferentes grupos populacionais tenham acesso a orientações para a AF, bem como a criação de condições para a realização de atividade física, através de políticas intersectoriais e multidisciplinares <sup>17</sup>.

#### **Objetivos**

O objetivo da *scoping review* é perceber a importância da atividade física nas pessoas idosas com diabetes tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos e

perceber como o enfermeiro de saúde comunitária pode intervir junto desse mesmo grupo.

## **Critérios de inclusão**

### **Tipo de participantes**

A revisão incluiu idosos com diabetes tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos.

### **Tipo de intervenções/ fenómeno de interesse**

A revisão considerou estudos que revelem a importância da atividade física em idosos com diabetes tipo 2 com idade igual ou superior a 65 anos.

### **Tipo de estudos**

Esta revisão considerou estudos qualitativos, quantitativos, revisões da literatura e outros artigos.

Foram excluídos estudos que não fossem de língua inglesa, portuguesa ou francesa, bem como artigos que não fossem de base científica. Foram também excluídos estudos sem resumo, que os próprios autores não facultaram o artigo ou não responderam há tentativa de contacto e artigos que não consegui sequer encontrar um contacto do autor.

### **Tipo de Resultados**

Com esta revisão pretendeu-se descobrir a literatura existente acerca deste tema e identificar os resultados dessa mesma pesquisa, de modo a mobilizar esse conhecimento para a prática diária de enfermagem.

## **Estratégia de Pesquisa**

A estratégia utilizada tem como foco encontrar artigos científicos publicados. A pesquisa inicial foi realizada em três bases de dados, designadamente, CINAHL, MEDLINE e JBI utilizando como palavras-chave: *Elderly; Physical activity; Nursing communal; Diabetes type 2*.

Foram considerados artigos científicos publicados na língua inglesa, francesa e portuguesa, compreendidos entre os anos de 2006 – 2016.

Foram excluídos estudos que não contivessem resumo, ou que ao ler o *fulltext* simplesmente não abordasse o fenómeno de interesse.

### **Qualidade metodológica**

Esta revisão é uma *scoping review* para fornecer um quadro mais amplo da literatura existente sobre este tema.

### **Colheita de dados**

Os dados foram extraídos dos artigos através de uma leitura e análise pormenorizada de cada artigo.

### **Síntese dos dados**

Os resultados são apresentados em forma de narrativa, incluindo tabelas e figuras para ajudar na apresentação de dados de um modo apropriado.

### **Resultados**

Foram incluídos 41 estudos no total, dentro dos quais 36 são quantitativos. Nesses estudos foi clara a evidência científica da importância do exercício físico no controlo da diabetes, nomeadamente nos fatores de risco e principalmente no controlo da glicémia.

### **Conclusão**

Existe evidência científica convincente que leva a crer que a prática de AF é um elemento fundamental no controlo da diabetes tipo 2 nas pessoas idosas. O enfermeiro de saúde comunitária deve promover a prática de AF junto dos idosos com diabetes tipo 2.

## **Palavras-chaves**

Idosos (*Elderly*); Atividade Física (*physical activity*); Enfermagem Comunitária (*nursing communal*); Diabetes tipo 2 (Diabetes type 2);

# **Corpo principal do Relatório**

## **1 Background**

### **1.1 Definição das Palavras-Chaves**

#### **Idosos (*Elderly*)**

O número de pessoas com 60 anos ou mais irá aumentar até 2050, passando de 21% em 2006 para 34% em 2050 na europa <sup>46</sup>. O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que afetou ou virá a afetar todos os homens, mulheres e crianças de todos os lugares do planeta. Em alguns países da OCD, entre 40% a 50% dos gastos com saúde são atribuídos aos idosos e o custo *per capita* daqueles que possuem mais de 65 anos é 3 a 5 vezes maior que dos outros grupos etários.

Em Portugal segundo as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) para população residente no período compreendido entre 2012 e 2060, prevê-se um declínio populacional de 22% (10,5 milhões para 8,6 milhões de habitantes) e esperam-se também alterações da estrutura etária da população, resultando num continuado e forte envelhecimento demográfico <sup>15</sup>. Por outro lado, a população residente em Portugal com 65 anos ou mais tem vindo a aumentar, pelo que em 2001 eram 16,3% e em 2011 temos 19,03% <sup>28</sup>. Da população residente em Portugal com 65 anos ou mais que referiu pelo menos uma dificuldade nos cuidados pessoais são 457900, ou seja 4,4% da população portuguesa. Temos 1060381 população residente com 65 anos ou mais que referiu pelo menos uma dificuldade nas atividades domésticas em

Portugal, ou seja 10,2% da população portuguesa <sup>29</sup>. Da população residente com 65 anos ou mais, 20,2% necessita de ajuda total, 19,6% não necessita de nenhuma ajuda, 0,3% necessita de ajuda em grau moderado e 0,29% necessita de ajuda em grau elevado <sup>29</sup>. Estes dados revelam que para além da população com 65 anos ou mais estar a aumentar, essa população têm um grau de dependência que temos de ter em conta. De acordo com os censos 2011, o índice de dependência total agravou-se na última década em 4%, aumentando de 48 em 2001, para 52 em 2011, com tendência a piorar caso não se verifique uma inversão da diminuição da natalidade. Este agravamento é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década <sup>15</sup>.

A esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar de 79,14 entre 2007-2009 para 80,13 entre 2011-2013 <sup>29</sup>. Embora o aumento da esperança média de vida seja amplamente reconhecida como uma importante conquista, constata-se que a mesma também conduz a mudanças nas principais causas de morbilidade e mortalidade da população, uma vez que à medida que as pessoas atingem idades mais avançadas, há um aumento no risco de aquisição de doenças crónicas e degenerativas com fortes implicações na utilização de cuidados e serviços de saúde <sup>15</sup>.

A OMS define idoso como pessoas com maior ou igual a 60 anos de idade <sup>46</sup>. O ser humano tem a maior esperança de vida do reino animal, com potencialidades para 125 anos <sup>47</sup>. O processo de envelhecimento sempre foi rodeado de mitos e mistérios. Deste modo, Aristóteles acreditava que o envelhecimento era um período sem compromissos, enquanto Platão acreditava que quanto mais velho mais sábio seria <sup>47</sup>. Os antigos gregos acreditavam que o vigor da força da vida se esgotava ao longo do tempo, sendo que foram os primeiros a referir que os idosos estão sujeitos a uma série de problemas de saúde <sup>47</sup>.

Sir Francis Bacon (1561-1626) foi o primeiro a abordar o envelhecimento de forma científica <sup>47</sup>.

Em 1909, Nasher usou a palavra geriatria para se referir a doenças da velhice. Em 1927, Rybrikov, um psicólogo russo referia-se ao processo de envelhecimento como o estudo da gerontologia <sup>47</sup>.

De acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa (2016), envelhecimento é o “ato ou efeito de envelhecer”, sendo que, envelhecer significa “fazer ou fazer-se velho”; “chegar a velho” ou “tornar-se desusado”. Envelhecer é, portanto, um processo natural; todavia, isso não supõe que o idoso esteja determinado à ausência de saúde ou à falta de acesso aos meios necessários que possibilitem o usufruto de qualidade de vida. Entretanto, foram identificados fatores que aceleram a falência dos órgãos vitais, entre os quais avultam o consumo de álcool e de tabaco, e os que retardam o processo de envelhecimento, 19 de entre os quais são prioritários a prática de exercício físico e a manutenção do peso <sup>17</sup>. O bem-estar físico e psíquico envolve uma conduta de hábitos saudáveis que começa na juventude, pois não só se reduzem consideravelmente as probabilidades de morte prematura por doença cardíaca ou cancerosa como pode retardar o processo natural de envelhecimento.

Com o tempo, têm sido identificados cinco padrões-básicos característicos do envelhecimento <sup>47</sup>: Aumento da mortalidade; Alterações na composição química do organismo, nomeadamente diminuição da massa corporal, aumento de gorduras e lipofusquinas e da rede de tecidos de colagénio; Alterações progressivas de carácter degenerativo; Menor capacidade de adaptação a mudanças ambientais; Maior vulnerabilidade a múltiplas doenças.

O conceito “envelhecimento com sucesso” engloba três diferentes domínios multidimensionais <sup>33</sup>:

1. Evitar as doenças e incapacidades
2. Manter uma boa função física e cognitiva
3. Aderir de forma sustentada em atividades sociais e produtivas

A promoção de uma abordagem de envelhecimento ativo e saudável ajuda a reter os grupos etários mais velhos no mercado de trabalho.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países <sup>17</sup>.

### **Atividade Física (*Physical activity*)**

A inatividade física é considerada como um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. Assim, foi sugerido pela OMS dotar esta área de instrumentos de organização estratégica que facilitem a organização dos serviços, a formação de pessoal e a distribuição de recursos que podem promover a AF e, por outro lado, que sejam criadas condições para que existam ambientes promotores de AF nos locais onde as pessoas vivem e trabalham e que os cidadãos reconheçam as vantagens de ter uma vida mais ativa <sup>47</sup>.

Os resultados do Eurobarómetro 58,2 (*Special Eurobarometer Wave 58,2*) realizado em 2002 através de um questionário internacional de atividade física (*International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*) demonstraram que Portugal tem a prevalência de AF mais baixa (40,7%) da Europa. Assim, 36% dos Portugueses afirmaram “Nunca” realizar qualquer tipo de AF <sup>42</sup>. Considerando ainda os resultados dos Eurobarómetros (2002, 2004 e 2010) e do NHANES (2003-2004) sugerem que os homens são mais ativos que as mulheres e que a atividade física diminui com a idade <sup>42</sup>.

Em Portugal verifica-se uma diminuição da AF total a partir dos 65 anos. De acordo com a recomendação para a saúde da OMS em Portugal a AF praticada pelos idosos (> 65 anos) é insuficiente (<30 min/dia) <sup>42</sup>.

Assim, numa perspetiva nacional, é prioritário que os diferentes grupos populacionais tenham acesso a orientações para a AF, bem como a criação de condições para a realização de atividade física, através de políticas intersectoriais e multidisciplinares <sup>17</sup>.

Deste modo, sempre que possível deverão ser potencializadas oportunidades de promoção de AF. Assim, de acordo com a DGS e a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF) (2014,

p.14-17) para a Promoção de AF, da saúde e do Bem-Estar devem ser cumpridos os seguintes 5 objetivos <sup>17</sup>:

**“Objetivo 1 – Promoção de Atividade Física**

**1.1 – Meios de comunicação de massa** – A comunicação é central na promoção de AF, pelo que devem ser usados diferentes canais de comunicação (social, internet e redes sociais).

**1.2 – Espaços onde exista interação direta com os cidadãos** – os espaços onde existe interação direta com os cidadãos podem constituir-se como locais adequados para fornecer informação sobre os benefícios de AF, orientações para a sua prática, proposta de exercícios e aconselhamento sobre espaços públicos a utilizar para a prática.

**1.3 – Espaços que prestam cuidados de saúde** – A promoção da atividade física deve ser feita nas instituições de saúde, através da divulgação dos benefícios da prática de atividade física para os diferentes grupos etários.

**Objetivo 2 – Profissionais de Saúde**

**2.1 – Orientações gerais sobre a AF e de acordo as principais morbilidades** – A produção de orientações sobre aconselhamento de AF para ser utilizada pelos profissionais de saúde é uma das atividades consideradas prioritárias.

**2.2 – Formação sobre o aconselhamento de AF** – A formação será assente na importância da relação profissional de saúde-doente e no aconselhamento de estilos de vida saudável, designadamente da prática de AF.

**Objetivo 3 – Trabalho intersectorial**

As parcerias com diversas instituições e entidades são uma forma importante de criar sinergias e projetos comuns que potenciem as capacidades e os recursos de cada entidade, cuja atuação isolada será sempre menos eficaz. Para atingir este objetivo por ser criada legislação própria que promove a AF nestes locais e áreas de intervenção ou aproveitando estas estruturas e seus recursos para a informação a capacitação do cidadão sobre a atividade física.

**Objetivo 4 – Investigação**

É indispensável ter capacidade científica, capaz de fornecer um conjunto de dados significativos, que permitam o desenho das intervenções e a sua monitorização, promovendo as adaptações necessárias.

**Objetivo 5 – Monitorização**



*É importante a implementação de uma estrutura de avaliação, em consonância com as metodologias utilizadas em outros países europeus. Ao longo do processo, as diferentes estratégias de promoção da AF deverão ser monitorizadas e avaliadas.”*

Durante muito tempo, médicos, outros profissionais de saúde e muitas pessoas com mais idade consideravam perigoso a realização de atividade física (AF) por parte dos idosos. Esta atitude devia-se ao fato de considerarem as pessoas acima dos 60 anos como pessoas frágeis, débeis e/ou incapacitadas <sup>14</sup>.

Atualmente verifica-se um aumento forte ao nível da evidência dos benefícios da prática de atividade física, contribuindo para um estilo de vida independente e saudável, melhorando muito a capacidade funcional e a qualidade de vida da população idosa <sup>37</sup>.

A atividade física é um determinante importante na redução do risco de doenças cardiovasculares e apresenta impacto significativo em todas as causas de mortalidade. Por outro lado, tem benefícios a nível psicossocial: redução do stress; da sintomatologia depressiva; aumenta a sensação de bem-estar envolvendo maiores níveis de auto-confiança e consequentemente satisfação pessoal <sup>37</sup>.

Existe diferenças entre o conceito de atividade física e exercício físico. A atividade física compreende qualquer movimento corporal produzido pela contração muscular que resulte num gasto energético acima do nível de repouso. O exercício físico é um conceito menos abrangente e é definido por movimentos corporais planeados, organizados e repetidos com o objetivo de manter ou melhorar um ou mais componentes de aptidão física <sup>42</sup>.

Está comprovado que quanto mais ativa uma pessoa for, menos limitações físicas terá <sup>33</sup>. Um dos principais benefícios referidos pelos autores é a proteção da capacidade funcional em todas as idades, principalmente nos idosos. Entende-se por capacidade funcional, o desempenho para a realização das atividades de vida diária (AVD's). Exemplos de AVD's: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar uma pequena distância; ou seja, atividades de cuidados pessoais básicos. Para além das AVD's existem as AIVD's (Atividades Instrumentais da Vida Diária), como por exemplo: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem, ou seja atividades mais complexas

da vida diária. Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser a primeira causa da incapacidade para realizar AVD's <sup>33</sup>.

Segundo os mesmos autores, para além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove uma melhoria na aptidão física. Entende-se por aptidão física, a capacidade de realizar atividades do quotidiano com vigor e energia, tendo devido a esse fato menor risco de desenvolver doenças. Os componentes da aptidão física são: aptidão cardiorrespiratória, a força e resistência muscular e a flexibilidade.

A prática de atividade física também promove a melhoria da composição corporal, a diminuição das dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, melhora a utilização da glicose, melhora o perfil lipídico, aumenta a capacidade aeróbia, melhora a força e flexibilidade e diminui a resistência vascular. Relativamente aos benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da auto-confiança e a melhoria da auto-estima <sup>33</sup>.

Nunca é tarde para começar a fazer exercício físico, no entanto, normalmente as pessoas idosas que ao longo da vida praticaram mais exercício físico revelam melhor condição física.

Na Carta de Ottawa (1986) um dos aspetos básicos a ser desenvolvido para a promoção de saúde, é a construção de políticas publicas voltadas para a saúde, nas quais o objetivo maior é o de indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar.

Os programas de incentivo à prática de AF ainda são escassos e pouco explorados em ambientes de promoção da saúde. Necessita de uma maior atenção por parte dos gestores dos programas de educação para a saúde e da própria sociedade.

Assim, a implementação de programas de promoção de saúde deve começar nos primeiros anos escolares e deve continuar ao longo da vida do individuo. O hábito de exercitar-se deve ser mantido e estimulado pela escola, pela família e pela comunidade.

Assim, a nível mundial a OMS (*World Health Organization*) desenvolveu um plano global de recomendações de atividade física para a saúde (*Global Recommendations on Physical Activity for Health*) <sup>45</sup>. Foquei-me nas

recomendações para pessoas acima dos 65 anos. Desta forma, de acordo com a OMS para os adultos desta faixa etária, atividade física inclui: atividade física no lazer, durante as deslocações (que poderão ser realizadas a pé ou de bicicleta por exemplo), no trabalho/ profissão (se a pessoa tem trabalho), com as pessoas do agregado familiar, nomeadamente nas tarefas, jogos, desportos ou exercício planeado, no contexto de atividades diárias, familiares e comunidade <sup>45</sup>.

Por outro lado, a fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória, muscular, óssea e saúde funcional, e reduzir o risco das doenças, depressão e declínio cognitivo, a OMS (2010) realiza as seguintes recomendações <sup>45</sup>:

7. Adultos acima dos 65 anos deve fazer pelo menos 150 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade moderada ao longo da semana, ou, pelo menos, 75 minutos de exercício físico aeróbico de intensidade vigorosa

8. A atividade aeróbia deve ter a duração de pelo menos 10 minutos.

9. Para benefícios adicionais de saúde, os adultos acima dos 65 anos devem aumentar a atividade física aeróbica para 300 minutos por semana, ou 150 minutos de intensidade vigorosa.

10. Os adultos desta faixa etária com pior mobilidade devem realizar atividade física para melhorar o equilíbrio e evitar quedas, tendo uma frequência de 3 ou mais dias por semana.

11. As atividades de fortalecimento muscular deve ser feito envolvendo grandes grupos musculares, em 2 ou mais dias por semana.

12. Quando os adultos desta faixa etária não pode fazer as quantidades recomendadas de atividade física devido às suas condições de saúde eles devem ser tão fisicamente ativos quanto as suas capacidades e as condições o permitam.

No geral, em todos os grupos etários, os benefícios da implementação das recomendações acima, ou seja, o fato de serem fisicamente ativos, superam os malefícios. Para evitar lesões musculares os adultos acima dos 65 anos devem

realizar um aquecimento muscular primeiro e a prática de a AF deve ser gradual de acordo com cada indivíduo <sup>47</sup>.

Em Portugal, a DGS desenvolveu um guia para pessoas idosas, que tem como título “ QUEM? EU? EXERCÍCIO? Exercício sem riscos para la dos sessenta” <sup>13</sup>. Neste guia obtemos toda a informação que necessitamos de saber sobre o exercício físico, incluindo passo a passo o que devemos fazer para iniciar a nossa atividade física.

De acordo com a DGS os programas de atividade física devem <sup>13</sup>:

1. Ser interessantes
2. Ser uma atividade para a qual possa facilmente arranjar tempo.
3. Ser uma atividade que contempla vários músculos.
4. Transmitir uma sensação de sucesso e de vigor e força redobrados.
5. Ser adequados à capacidade física.

É um instrumento que pode ser sempre mobilizado pelos profissionais de saúde.

### ***Diabetes type 2***

A Diabetes Mellitus tipo 2 (DM) é uma doença grave, crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue utilizar eficazmente a insulina que produz. É um problema de saúde pública e considerada uma das quatro doenças não transmissíveis prioritárias a nível mundial (WHO, 2016). A prevalência da DM aumenta com a idade, atingindo ambos os géneros e todas as idades. A DM constitui, atualmente uma das principais causas de morte, por implicar um grande risco de doença coronária e acidente vascular cerebral. As principais complicações crónicas que daí podem advir, são: neuropatia e amputação; retinopatia; nefropatia e doença cardiovascular <sup>43</sup>. Verificou-se um crescimento acentuado da incidência em Portugal entre 2000 a 2011, o qual foi atenuado pelos valores dos três últimos anos <sup>43</sup>.

Portugal é dos países da União Europeia com uma maior prevalência de diabetes mellitus com o valor maior de 9 <sup>10</sup>.

A prevalência da diabetes em Portugal em 2014 foi de 13.1%, sendo que nas mulheres foi de 10,8% e nos homens 15,8% <sup>43</sup>.

Relativamente à incidência conseguimos perceber que existem por volta de 520 novos casos por 100000 habitantes em 2014. No entanto, a incidência em 2013 era por volta de 550 novos casos por 100000 habitantes <sup>43</sup>.

No que diz respeito à taxa de Mortalidade por diabetes e por 100000 habitantes é no total de 43,5, 38,4 nos homens e 48,1 nas mulheres <sup>43</sup>.

Por fim, para o grupo importa perceber também as complicações macrovasculares da diabetes em Portugal <sup>43</sup>. Deste modo, o número de pessoas com diabetes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em 2013 era de 3273 e em 2014 passaram a 4230. No que diz respeito ao número de pessoas com Diabetes e com Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 2013 eram 7425 e em 2014 passaram a 7685. Em relação ao número de doente saídos do internamento hospitalar com amputações dos membros inferiores por motivo de Diabetes em 2013 eram 1556 e em 2014 passaram a 1385. Por fim, relativamente à prevalência da Diabetes nas pessoas com insuficiência renal crónica (IRC) – Global, em 2013 era de 27,7% e em 2014 passaram a 27,8%.

Existe uma grande prevalência em Portugal de Diabetes Mellitus em relação aos outros países da União Europeia. Dados esses factos a intervenção é prioritária e a prevenção torna-se fundamental <sup>10</sup>.

Em Portugal, verifica-se a existência de um forte aumento da prevalência da Diabetes com a idade <sup>43</sup>. Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem DM. Além disso, verifica-se um aumento da prevalência da DM, de 11,7% para 13,1%, de 2009 a 2014 <sup>43</sup>. Verifica-se que existe uma maior prevalência nos homens que nas mulheres <sup>43</sup>. Apesar de tal fato, são as mulheres apresentam uma taxa de mortalidade por DM, maior que os homens <sup>43</sup>. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado um aumento da incidência da DM em Portugal, que foi atenuado só nos últimos 2 anos (2013 e 2014) <sup>43</sup>. Relativamente às complicações macrovasculares em Portugal nos diabéticos, tem-se verificado um aumento dos casos em Portugal <sup>29</sup>.

A Diabetes tipo 2 é um problema de Saúde Pública. Esta é uma doença crónica. A DM não insulino-dependente (DMNID), também designada por DM

tipo 2, resulta da incapacidade dos tecidos para responder à insulina. A DMNID declara-se geralmente em pessoas com mais d 40-45 anos, embora a idade de instalação da doença varie consideravelmente <sup>52</sup>. A doença é afetada por uma forte componente genética, mas a sua verdadeira etiologia é desconhecida. Uma hormona péptida, chamada leptina, produzida pelas células adiposas parece diminuir a resposta dos tecidos alvos à insulina. É possível que a produção excessiva de substâncias como esta seja responsável pela DMNID <sup>52</sup>. Em alguns casos, podem existir recetores de insulina anormais ou anticorpos que se liguem a um recetor de insulina deteriorado, ou, noutros casos, podem ocorrer anomalias nos mecanismos que ativam os recetores de insulina <sup>52</sup>. Aproximadamente 97% dos diabéticos têm DMNID. O número reduzido de recetores funcionais de insulina torna a absorção de glicose pelas células muito lenta, o que origina níveis de glicémia elevados após as refeições <sup>52</sup>.

O diagnóstico da diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros para plasma venoso na população em geral <sup>14</sup>:

- a) Glicemia de jejum  $\geq 126$ mg/dl;
- b) Sintomas clássicos + glicemia ocasional  $\geq 200$  mg/dl;
- c) Glicemia  $>200$ mg/dl às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75 g de glicose;
- d) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c)  $\geq 6,5\%$

A diabetes não tem cura, sendo uma doença crónica. No entanto, é possível levar uma vida completamente normal. Alguns fatores de risco são possíveis de controlar, designados fatores de risco modificáveis (obesidade; sedentarismo; tabagismo; privação do sono; hipertensão arterial). Por outro lado, outros não podem ser controlado e designam-se como fatores de risco não modificáveis (Doenças do pâncreas ou doenças endócrinas; Historia Familiar; Recém-nascido com peso superior a 4kg; Sexo e idade) <sup>2</sup>.

Os sintomas da Diabetes tipo 2 são causados pelas quantidades de açúcar no sangue. Devido a esse fato os sintomas estão associados ao aumento dos níveis de açúcar, ou seja hiperglicemia, podendo causar sintomas como visão turva, sensação de boca seca, transpiração excessiva e cansaço. No entanto, podem também estar associados à diminuição dos níveis de açúcar, ou seja

hipoglicémia, não devendo ser inferiores a 70mg/dl, sendo que a hipoglicemia causa sintomas como um cansaço inexplicável, as tonturas, a visão turva e a dificuldade em raciocinar <sup>2</sup>.

Em relação ao tratamento, 25% dos doentes com DMNID são tratados com insulina e 50% fazem medicação oral para aumentar a secreção de insulina e eficiência da utilização da glicose. Os restantes controlam os níveis de glicémia com dieta e exercício <sup>52</sup>. Embora a glicémia não tenha cura, um bom controlo da glicémia pode prolongar a vida e evitar complicações nos diabéticos.

### **Enfermagem Comunitária (*Nursing comunal*)**

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção primordial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos <sup>34</sup>.

Na área da Promoção da Saúde, estão presentes recomendações implícitas ou explícitas para o seu uso em diferentes conferências internacionais da Organização Mundial da Saúde. A Promoção da Saúde é um processo que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e seus determinantes, constituindo um dos principais modelos teóricos que influenciam as políticas de saúde em todo o mundo. Baseia-se em princípios que defendem a saúde como um direito humano fundamental, equidade e justiça social, responsabilidade social dos setores público e privado, alianças, trabalho em rede e parcerias, a participação, o empoderamento individual e comunitário, responsabilidade individual no estado de saúde, desenvolvimento de infra-estruturas, integração em diferentes setores e ética profissional <sup>33</sup>.

A Enfermagem Comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos

indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas traduzem-se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica. Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processo de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde <sup>44</sup>.

## **1.2 Objetivos**

O objetivo da *scoping review* foi perceber a importância da atividade física nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos e diabéticos tipo 2 e perceber qual o papel do enfermeiro de saúde de comunitária na promoção da atividade física.

Foram formuladas duas perguntas de investigação:

1. Qual a importância da atividade física nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos e com diabetes tipo 2?
2. Qual o papel do enfermeiro da saúde comunitária na promoção da atividade física nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos e com diabetes tipo 2?

## **1.3 Critérios de Inclusão**

Foram considerados artigos científicos publicados na língua inglesa, francesa e portuguesa, compreendidos entre os anos de 2006 – 2016. Optou-se por limitar o estudo a um período de tempo recente tendo em conta que o contexto socioeconómico que vivemos tem diversas implicações.

Foram excluídos artigos em que só tinham o resumo pois os autores não responderam ou que simplesmente não havia qualquer contacto no artigo, pelo que não consegui ler o artigo na íntegra.



Foram excluídos estudos que não contivessem resumo, ou que ao ler o *fulltext* simplesmente não abordasse o fenómeno de interesse.

#### 1.4 Estratégia de Pesquisa

A estratégia utilizada tem como foco encontrar artigos científicos publicados. A pesquisa inicial foi realizada em três bases de dados, designadamente, CINAHL, MEDLINE e JBI (*Joana Briggs Institute*) utilizando como palavras-chave: *Elderly*; *Physical activity*; *Nursing communal*; *Diabetes type 2* (ver tabela 1).

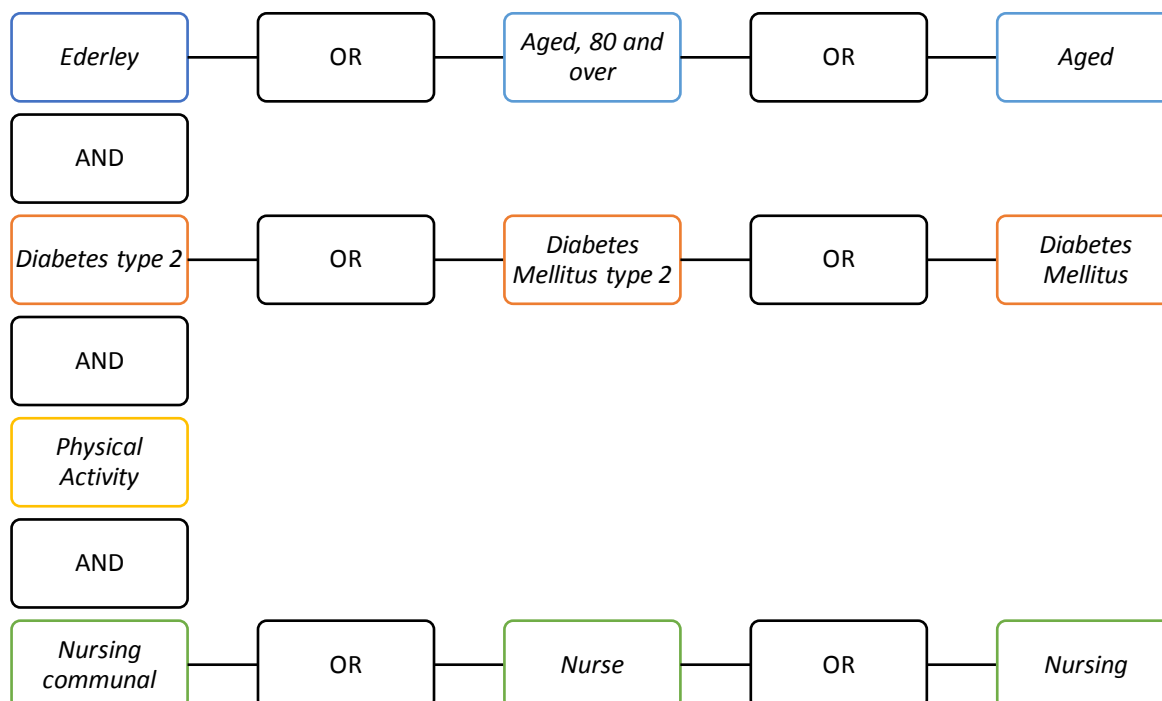
**Tabela 1 – Estratégia de pesquisa das palavras-chave: População; Conceito; Contexto (PCC)**

| Informação retirada da pergunta de investigação |           |  | Palavras- chaves         |  |
|---|-----------|--|--------------------------|--|
| <b>P</b>  | População | Idosos com idade ≥ 65 anos e com diabetes tipo 2 | <i>Elderly</i>           | “Aged, 80 and over”<br><b>OR</b><br>“Aged”                     |
|   |           |  | <i>Diabetes type 2</i>   | “Diabetes Mellitus type 2”<br><b>OR</b><br>“Diabetes Mellitus” |
| <b>C</b>  | Conceito  | Atividade Física                                 | <i>Physical activity</i> | -  |
| <b>C</b>  | Contexto  | Enfermagem Comunitária                           | <i>Nursing communal</i>  | “Nurse”<br><b>OR</b><br>“Nursing”                              |

Após serem inseridas as palavras-chaves nas bases de dado, foi realizada uma união de algumas sugestões que foram automaticamente dadas pela pesquisa e que foram incluídas em cada palavra-chave inicial (ver tabela 1).

Assim, os artigos finais apareceram na junção das palavras-chaves (*Elderly* **OR** *Aged 80, and over* **OR** *Aged*) **AND** (*Diabetes type 2* **OR** *Diabetes Mellitus type 2* **OR** *Diabetes Mellitus*) **AND** (*Physical Activity*) **AND** (*Nursing Communal* **OR** *Nurse* **OR** *Nursing*) (ver diagrama 1).

**Diagrama 1 – Palavras-chaves e estratégia de pesquisa.**



### 3 Apresentação de Resultados

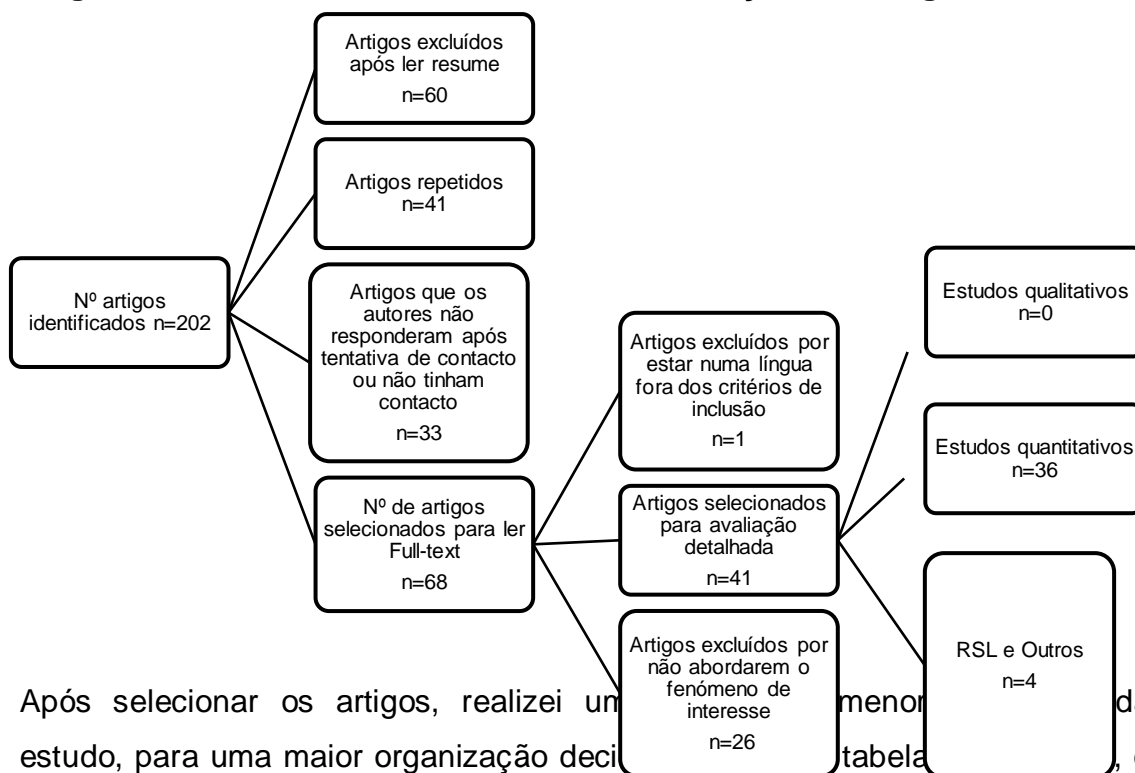
#### 3.1 Resultados

No total o número de artigos retirados das bases de dados incluídas (CINAHL+MEDLINE+JOANA BRIGGS INSTITUTE – JBI) e de outras fontes foram 202 artigos. Foram excluídos 60 artigos após ler o resumo. Estavam repetidos 41 artigos. Foram excluídos 31 artigos pois não consegui ler o artigo na íntegra, devido ao fato dos autores dos artigos não me disponibilizarem ou porque alguns resumos não tinham qualquer contacto.

Deste modo após as primeiras exclusões foram selecionados 68 artigos para ler *full text*. Assim, desses artigos foi excluído 1 artigo por estar numa língua fora dos critérios de inclusão. Posteriormente foram excluídos 25 artigos por não abordarem o fenómeno de interesse ou por a população alvo não coincidir com a nossa.

Por fim, ficaram para análise detalhada 41 artigos, sendo que 0 artigos eram estudos qualitativos, 36 artigos eram estudos quantitativos, 3 artigos eram uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e 1 artigo era outra especificação (ver diagrama 2).

**Diagrama 2 – Análise, inclusão, exclusão e seleção dos artigos.**



Após selecionar os artigos, realizei um levantamento da literatura, o estudo, para uma maior organização decidi organizar a tabela com o país onde o artigo foi desenvolvido, a amostra, o tipo de estudo e os resultados significativos do estudo, que podem ajudar-me na concretização dos meus objetivos (ver tabela 2).

**Tabela 2 – Apresentação dos resultados dos artigos analisados**

| Nº | Autor/ Ano                    | País   | Amostra/ População Alvo    | Tipo de Estudo | Resultados/ Conclusões   |
|----|-------------------------------|--------|----------------------------|----------------|--|
| 1  | Borodulin <i>et al</i> (2006) | USA    | 45-74 anos                 | Quantitativo   | A AF diminui a glicémia.   |
| 2  | Caetano & Tavares (2008)      | Brasil | Diabéticos idosos >60 anos | Quantitativo   | Os resultados denotam que a AF favorece a diminuição da mortalidade causando impacto na saúde física, funcional, mental, social e na longevidade. Melhora ainda o desempenho funcional, mantém e promove a autonomia e a independência do idoso. Além disso a AF pode colaborar na prevenção, no tratamento e na redução da depressão em idosos sem comorbidades. A AF é considerada uma forma acessível, barata, não farmacológica e com capacidade de proporcionar aos idosos muitos |

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*

|    |   |            |                              |              |   |
|----|---|------------|------------------------------|--------------|---|
|    |   |            |                              |              | benefícios, maiores que os antidepressivos, além de promover a saúde mental e física.   |
| 3  | Chan <i>et al</i> (2015)                | Ásia       | Diabéticos                   | Quantitativo | Baixos níveis de AF agrava a resistência à insulina.  |
| 4  | Chen, C., Chuang L., Wu, Y. (2008).     | Ásia       | Diabéticos tipo 2 22-70 anos | Quantitativo | A atividade física diminui o nível de resistência à insulina.   |
| 5  | Codogno <i>et al</i> (2011)             | USA        | Diabéticos                   | Quantitativo | A AF poderá ser uma estratégia para o sistema de saúde, pois diminui os custos com o tratamento da diabetes e as suas comorbidades.   |
| 6  | Copeland, Crank & Hall (2010)           | USA        | Diabéticos                   | Outro        | A AF ajuda no controlo da glicémia.   |
| 7  | Delahanty <i>et al</i> (2010)           | Inglaterra | 13-85 anos                   | Quantitativo | Para a prevenção da diabetes é necessário a prática de AF, uma dieta equilibrada e motivação para a alteração de comportamento.   |
| 8  | Diaz -Valencia (2015)                   | USA        | Diabéticos                   | Quantitativo | A AF diminui a glicémia e o peso.   |
| 9  | Dixit, Maiya & Shastry (2014)           | India      | <70 anos                     | Quantitativo | AF moderada intensiva pode ter benefícios fisiológicos e psicológicos.  |
| 10 | Dyck <i>et al</i> (2011)                | USA        | 35-75 anos                   | Quantitativo | Temos de perceber as barreiras que fazem com que os diabéticos estejam renitentes à prática de AF. A AF diminui a glicémia.   |
| 11 | Eakin <i>et al</i> (2010)               | Austrália  | 20-75 anos diabéticos        | Quantitativo | A perda de peso e a realização da atividade física está diretamente relacionado com o controlo da glicémia, controlo dos lípidos e controlo da tensão arterial. Estas duas medidas são importantes para a gestão da diabetes.<br><br>Os follow ups são importantes no suporte dos indivíduos ao longo das intervenções. |
| 12 | Espeland <i>et al</i> (2013)            | USA        | 45-76 anos                   | Quantitativo | A AF contribui para a redução de peso, tensão arterial e glicose.   |
| 13 | Figueira <i>et al</i> (2014)            | Suiça      | Diabéticos                   | RSL          | A AF diminui a TA.  |
| 14 | Firouzi ,Barakatun-Nisak & Azmi, (2015) | Austrália  | Diabéticos                   | Quantitativo | A AF contribui para o controlo da glicémia e diminui o HDL.   |
| 15 | Gavi & Hensley (2009)                   | USA        | Diabéticos tipo 2            | RSL          | O que se deve ter em conta:<br><br>Idade avançada<br>Reduzir a expectativa de vida<br>Disfunção cognitiva<br>Polifarmácia<br>Comorbidades múltiplas<br>História de hipoglicémia   |

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*

|    |   |               |   |              |   |
|----|---|---------------|---|--------------|---|
|    |   |               |   |              | <p>A habilidade de gerir a hipoglicémia</p> <p>Duração da diabetes</p> <p>Risco Cardiovasculares</p> <p>A hemoglobina glicada e a glicose devem ser monitorizadas de 3 a 6 meses.</p> <p>Tratamento individualizado</p>   |
| 16 | Greef <i>et al</i> (2010)                 | Bélgica       | Diabéticos  | Quantitativo | A AF mais utilizada pelos diabéticos é o andar.   |
| 17 | Greef <i>et al</i> (2011)                 | Bélgica       | Diabéticos  | Quantitativo | As intervenções em grupo com diabéticos tipo 2 são mais eficazes.   |
| 18 | Hatef, Bahrpeyma & Vaziri (2014)          | Irão          | 25-70 anos  | Quantitativo | A AF diminui a glicémia.  |
| 19 | Iijima <i>et al</i> (2011)                | Japão         | Diabéticos >65 anos                                       | Quantitativo | A AF diminui a TA, ajuda a combater a depressão, diminui a ansiedade e melhora a atividade funcional.   |
| 20 | Irvine & Taylor (2009)                    | Austrália     | Diabéticos tipo 2   | RSL          | <p>Kingdom Perspective Diabetes Study concluiu que qualquer redução da hemoglobina glicada é clinicamente significativa e reduz o risco das complicações da diabetes (Statton <i>et al</i>, 2010).</p> <p>Os diabéticos que pratiquem AF reduzem a sua hemoglobina glicada.</p> <p>A combinação da AF com medicação e dieta apropriada reduz as complicações da diabetes</p>                        |
| 21 | Jackson, Asimakopoulout & Scammell (2007) | Inglaterra    | 34-75 anos  | Quantitativo | A AF diminui a glicémia. No entanto, para os diabéticos continuarem a praticar AF, os enfermeiros devem realizar follow ups. Durante 6 semanas o grupo aumentou a AF.   |
| 22 | Jansink <i>et al</i> (2013)               | Países Baixos | <80 anos  | Quantitativo | Para realizar o controlo de diabetes é importante uma dieta equilibrada, parar de fumar, controlar o peso e motivação.  |
| 23 | Komar-Samardzija <i>et al</i> (2012)      | USA           | >18 anos  | Quantitativo | A AF é um importante tratamento para a diabetes tipo 2. AF regular ajuda no controlo da glicémia.   |
| 24 | Lohmann, Siersma, Olivarius (2010)        | Dinamarca     | Diabéticos  | Quantitativo | <p>Os resultados do estudo indicam que a AF combinada com intervenções que motivem os indivíduos devem ser realizadas nos cuidados de saúde primários.</p> <p>A implementação clínica do aumento da AF como tratamento na diabetes tipo 2 está longe de ser uma prática estandardizada.</p> <p>No entanto a AF é eficaz para o melhor controlo da glicémia, aumentando também a força muscular.</p> |
| 25 | Long <i>et al</i> (2013)                  | Inglaterra    | 425 com diagnóstico recente de diabetes tipo 2; idade 42- | Quantitativo | <p>A atividade física é essencial no controlo dos fatores de risco da diabetes tipo 2.</p> <p>Ajuda a diminuir a glicémia, a diminuir o peso e a controlar o colesterol</p>   |

*Projeto: A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – intervenção do enfermeiro de saúde comunitária*

|    |                                 |            |   |  |  |
|----|---------------------------------|------------|---|--|--|
|    |                                 |            | 71  |  |  |
| 26 | Lubans <i>et al</i> (2011)      | Inglaterra | 16 Homens e 32 Mulheres diabéticos                                | Quantitativo   | Os resultados sugerem que as pessoas que trabalham com pessoas obesas e com diabetes tipo 2 devem criar planos e identificar estratégias para ultrapassar as barreiras para a atividade física.  |
| 27 | Moreno <i>et al</i> (2014)      | USA        | Diabéticos  | Quantitativo   | A não realização de AF aumenta a TA e a glicemia.  |
| 28 | Morey <i>et al</i> (2012)       | EUA        | 302 obesos; >60 anos e com diabetes tipo 2                        | Quantitativo   | Nos cuidados de saúde primários deve ser incentivado a atividade física, pois esta diminui a glicemia.   |
| 29 | Nylen <i>et al</i> (2010)       | USA        | Diabéticos  | Quantitativo   | A AF diminui a mortalidade.  |
| 30 | Paris <i>et al</i> (2015)       | USA        | Diabéticos  | Quantitativo   | Idosos com diabetes têm dificuldades de mobilidade o que pode ser um fator para diminuir a AF.   |
| 31 | Phillips (2014)                 | Inglaterra | Diabéticos  | Quantitativo   | Fatores de risco diabetes – Inatividade física e pobre aptidão cardiorrespiratória.  |
| 32 | Plotnikoff <i>et al</i> (2011)  | USA        | Diabéticos  | Quantitativo   | A AF diminui o risco de ter diabetes tipo 2.   |
| 33 | Sibai <i>et al</i> (2013)       | Líbano     | 2195 adultos com 25 anos ou mais com risco de ter diabetes tipo 2 | Quantitativo<br>IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) | 31% da população realiza atividade física de grau moderado, mas os valores são mais baixos do que os dos resultados realizados a nível mundial.<br><br>A atividade física contribui para a prevenção da diabetes tipo 2.   |
| 34 | Sieverdes <i>et al</i> (2009)   | USA        | 20-85 anos com diabetes tipo 2                                    | Quantitativo   | Realizar qualquer AF incluindo caminhar, correr, jogging ou outro desporto é um fator de proteção para as pessoas com risco de diabetes, bem como para com aqueles que já são diabéticos.  |
| 35 | Sigal <i>et al</i> (2007)       | USA        | 39-70 anos  | Quantitativo   | A AF diminui a TA, o colesterol, a glicemia e a hemoglobina glicada.   |
| 36 | Simmons <i>et al</i> (2007)     | Inglaterra | 40-79 anos  | Quantitativo   | A AF diminui o risco de ter diabetes.  |
| 37 | Sousa, Peixoto & Martins (2008) | Portugal   | >30 anos  | Quantitativo   | Os participantes referem uma boa adesão ao regime terapêutico, com exceção à prática de atividade física resultados que vão de encontro aos outros estudos (Marín-Reyes & Rodrigues-Morán, 2001; Sousa, 2003; Bastos, 2004)<br><br>Os idosos sentem mais dificuldade na prática de AF o que é compreensível.<br><br>Os diabéticos mais idosos aderem menos à dieta prescrita.<br><br>Quando questionados acerca das suas dificuldades em lidar com a sua doença, a maioria dos participantes reconhecem dificuldades na gestão da AF, resultados |

|    |                             |      |            |              |   |
|----|-----------------------------|------|------------|--------------|---|
|    |                             |      |            |              | coincidentes com a baixa adesão à prática de AF.<br><br>É importante que os enfermeiros, mais do que profissionais prescritos, privilegiem uma relação de empatia onde o diabético possa referir as suas principais dificuldades, para que seja possível ajustar as exigências e às condições dos seus clientes.<br><br>A consulta de enfermagem poderá representar um aumento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente para que, em parceria possam traçar um plano de cuidados adaptado à pessoa, facilitando o processo de adesão terapêutico e consequentemente ter ganhos em saúde. |
| 38 | Taylor (2007)               | USA  | Diabéticos | Quantitativo | A utilização da AF faz com que o risco de ter diabetes diminua, contribuindo também para o aumento da força muscular e da força. Uma das complicações da diabetes inclui a perda muscular e força.  |
| 39 | Vickers <i>et al</i> (2006) | USA  | Diabéticos | Quantitativo | Indivíduos mais deprimidos mostram-se muito menos motivado para a prática de AF.  |
| 40 | Xiu <i>et al</i> (2013)     | Ásia | Diabéticos | Quantitativo | Disfunção cognitiva, diversidade dieta limitada e inatividade física levam ao aumento da diabetes. A realização de follow ups contribuem para o aumento da AF. A AF aumenta a qualidade e vida e diminui os sintomas de depressão   |
| 41 | Xu, Pan & Liu (2010)        | USA  | >65 anos   | Quantitativo | Deve haver educação no sentido de melhorar a dieta e aumentar a AF.   |

## 4 Discussão, Conclusão, e Implicações para a pesquisa e prática

### 4.1 Discussão

Neste estudo foram contemplados 41 artigos, sendo que 36 foram estudos quantitativos. Todos os estudos abordavam a importância da atividade física nas pessoas idosas com diabetes tipo 2.

Assim, alguns autores referiram que existem barreiras para a prática de AF, principalmente em idosos <sup>41</sup>. No estudo de Sousa, Peixoto & Martins, (2008) os participantes referem uma boa adesão ao regime terapêutico, com exceção à prática de atividade física resultados que vão de encontro aos outros estudos <sup>58</sup>. Os idosos sentem mais dificuldade na prática de AF o que é compreensível dadas as suas alterações fisiológicas. Estes têm dificuldades de mobilidade o

que pode ser um fator para diminuir a AF<sup>49</sup>. Quando questionados acerca das suas dificuldades em lidar com a sua doença, a maioria dos participantes reconhecem dificuldades na gestão da AF, resultados coincidentes com a baixa adesão à prática de AF. É importante que os enfermeiros, mais do que profissionais prescritos, privilegiem uma relação de empatia onde o diabético possa referir as suas principais dificuldades, para que seja possível ajustar as exigências e às condições dos seus clientes<sup>58</sup>. Os enfermeiros devem tentar perceber as barreiras que fazem com que os diabéticos estejam renitentes à prática de AF<sup>12</sup>.

São muitos os autores que referem que a prática de AF ajuda no controlo e na prevenção da diabetes. Assim, a AF contribui para a prevenção da diabetes tipo 2<sup>53</sup>. A atividade física é essencial no controlo dos fatores de risco da diabetes tipo 2<sup>40</sup>. Também Simonons (2007) refere que a prática de AF diminui o risco de ter diabetes. Para a prevenção da diabetes é necessário a prática de AF, uma dieta equilibrada e motivação para a alteração de comportamento<sup>9, 61</sup>. A disfunção cognitiva, diversidade dieta limitada e inatividade física levam ao aumento da diabetes. Como fatores de risco diabetes temos a inatividade física e a pobre aptidão cardiorrespiratória<sup>50</sup>.

A AF é um importante tratamento para a diabetes tipo 2<sup>48</sup>. A prática de AF tem implicações no controlo da diabetes tipo 2, nomeadamente:

1. Diminui a glicémia no sangue, ajudando no seu controlo<sup>3, 8, 11, 12, 19, 22, 31, 35, 36, 39, 40, 48, 54,</sup>
2. Diminui o peso<sup>11, 19, 20, 40,</sup>
3. Diminui o colesterol<sup>4, 20, 22, 40, 54,</sup>
4. Diminui os lípidos<sup>19,</sup>
5. Diminui a tensão arterial<sup>19, 20, 21, 27, 35, 54,</sup>
6. Aumenta a força muscular<sup>39, 59,</sup>
7. Diminui e ajuda no controlo da hemoglobina glicada<sup>30, 54,</sup>
8. Redução da depressão<sup>4, 27, 60, 61,</sup>
9. Diminui a mortalidade<sup>4, 38,</sup>
10. Aumenta a autonomia e independência<sup>4, 27,</sup>
11. Aumenta a saúde mental e física<sup>4,</sup>



12. A AF é acessível, barato e não farmacológico <sup>4</sup>;
13. Estratégia para o sistema de saúde, pois diminui os custos com o tratamento da diabetes e as suas comorbidades <sup>7</sup>;
14. Aumenta a qualidade de vida <sup>61</sup>;

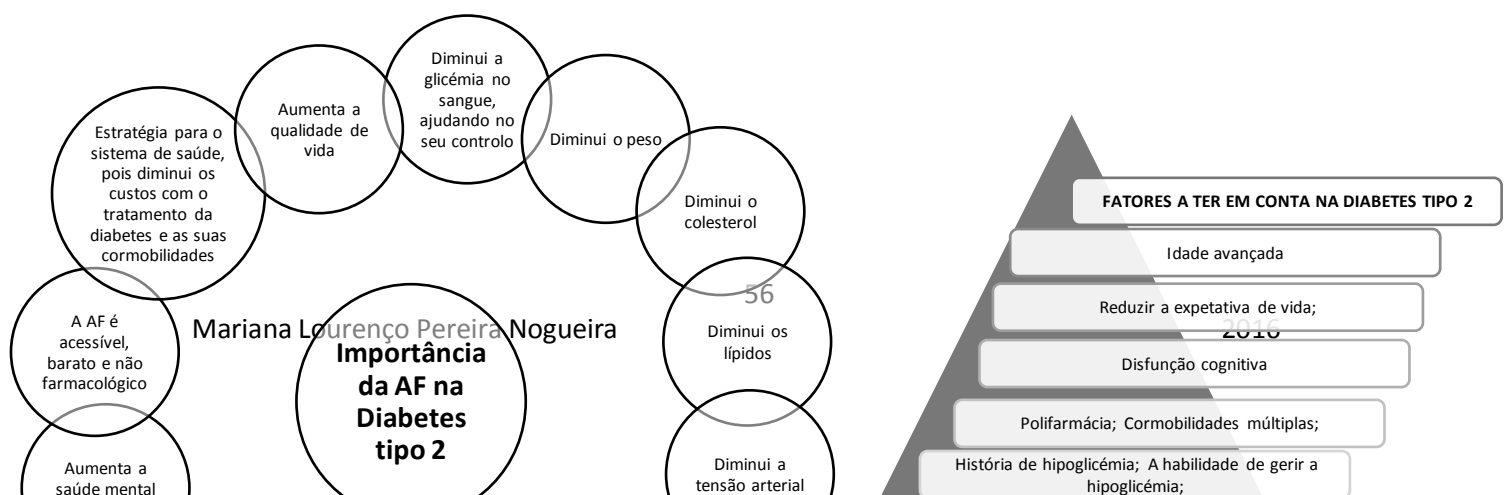
Existem autores que defendem que para que os idosos diabéticos mantenham a realização de AF ao longo do tempo, devem ser monitorizados, sendo que uma das estratégias descritas na literatura é a realização de *follow ups* <sup>31, 61</sup>. Outra das estratégias referidas na literatura são as intervenções em grupo, que referem ter mais impacto que as individuais <sup>24</sup>. Por outro lado, é importante que haja motivação para iniciar e continuar a realizar AF <sup>9, 32, 60</sup>.

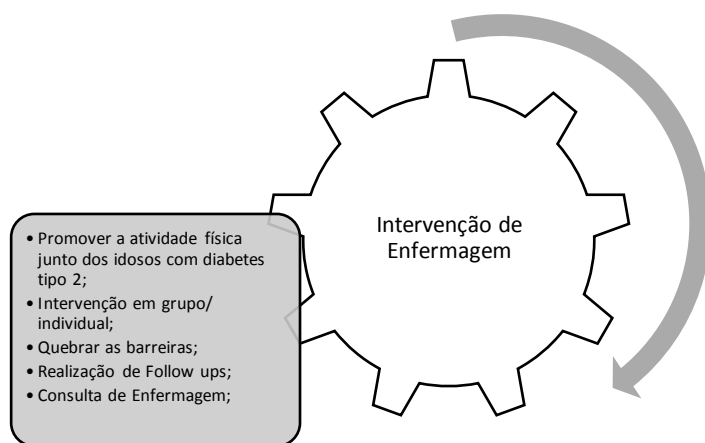
Os enfermeiros devem ter em conta na sua intervenção junto dos idosos com diabetes tipo 2 vários fatores nomeadamente: Idade avançada; Reduzir a expectativa de vida; Disfunção cognitiva; Polifarmácia; Comorbidades múltiplas; História de hipoglicémia; A habilidade de gerir a hipoglicémia; Duração da diabetes; Risco Cardiovascular; A hemoglobina glicosada e a glicose devem ser monitorizadas de 3 a 6 meses; Tratamento individualizado <sup>23</sup>.

É importante que os enfermeiros, mais do que profissionais prescritos, privilegiem uma relação de empatia, onde o diabético possa referir as suas principais dificuldades, para que seja possível ajustar as exigências e condições dos seus clientes <sup>58</sup>.

A consulta de enfermagem poderá representar um aumento privilegiado para o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente para que em parceria possam traçar um plano de cuidados adaptado à pessoa, facilitando o processo de adesão terapêutico e, conseqüentemente ganhos em saúde <sup>58</sup>.

**Diagrama 3 – Importância da AF no controlo da diabetes tipo 2 e a intervenção do Enfermeiro de Saúde Comunitária.**





## **4.2 Conclusão**

Através da *scoping review* foi realizada uma pesquisa bastante aprofundada sobre a importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2. Assim, os programas de AF contribuem com o processo de envelhecimento saudável, favorecendo melhorias na qualidade de vida, nas funções orgânicas e no controlo e tratamento da diabetes tipo 2.

Apesar da prevalência e a incidência da diabetes em Portugal, continuar com números elevados, o SNS tem investido na prevenção e controlo da doença.

Os enfermeiros têm competência para implementar estratégias para a prevenção e controlo da diabetes, atuando na redução dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença através da promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente na promoção da AF.

## **4.3 Implicações para a pesquisa**

Através da *scoping review* conseguiu-se mobilizar bastantes estudos, de modo a perceber os pontos em comum entre eles. Verificou-se que são inúmeros os estudos que descrevem a importância da AF no controlo da diabetes tipo 2. Quanto mais estudos que evidenciem essa mesmo fato mais plausível se torna uma intervenção baseada nessas descobertas. Assim, conseguiu-se aglomerar conhecimento e, desta forma gerar mais conhecimento. Este conhecimento poderá no futuro ser mobilizado noutros estudos.

## **4.4 Implicações para a prática**

A realização da *scoping review* tem inúmeras implicações para a prática nomeadamente a prática de enfermagem. Através dos vários estudos percebeu-se que são inúmeros os benefícios da AF no controlo da diabetes tipo 2 nos idosos.

Estes resultados devem ser mobilizados para a prática diária. Deste modo, os enfermeiros de saúde comunitária irão ter uma intervenção mais pertinente e baseada em evidência científica.

## **4.5 Fim da Matéria**

### **4.5.1 Conflitos de Interesse**

Nada a declarar

### **4.5.2 Agradecimentos**

Agradeço à Professora Doutora Andreia Silva da Costa por ter-se mostrado disponível ao longo da realização da *Scoping Review*.

## **5 Referências**

1. Aleixo, M. (2013). *Influência da Atividade Física na Qualidade de Vida dos idosos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção de grau de mestre em Enfermagem de Reabilitação. Coimbra.
2. Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal no Serviço Nacional de Saúde. (2016). A Diabetes. Disponível em: <http://www.apdp.pt/a-diabetes/risco-e-prevencao-da-diabetes/risco-de-desenvolver-diabetes#fatores-de-risco-modificaveis>.
3. Borodulin, K., Tuomilehto J., Peltonen, M., Lakkas, J., Sundvall, J., Jousilahti, P.(2006). Association of leisure time Physical activity and abdominal obesity with sérum insulin and 2-h postchallenge plasma glucose levels. *Journal Compilation Diabetes UK*. 23. 1025-1028.
4. Caetano, A., Tavares, D. (2008). Unidade de Atenção ao Idoso: atividades, mudanças no cotidiano e sugestões. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (3). 622-31.
5. Chan W., Tan, A., Vethakkan S., Tah, P., Vijayananthan, A., Goh, K. (2015). Low phisical activity and energy dense Malaysian foods are associeted with non-alcoholic fatty liver disease in centrally obese but not in non.centally obese patients with diabetes mellitus. *Asia Patient Journal Clinical Nursing*. 24 (2). 289-298.
6. Chen, C., Chuang L., Wu, Y. (2008). Clinical Measures of Physical Fitness Predict Insulin Resistance in People at Risk for Diabetes. *Physical Therapy*. 66 (11). 1355-1364.

7. Codogno, J., Fernandes, R., Sarti, F., Júnior, I., Monteiro, H. (2011). The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public Health*.11. 1-7.
8. Copeland, R., Crank, H., Hall, A. (2010). Be Active: promoting physical activity in overweight people. *Practice Nursing*. 11(21). 569-573.
9. Delahanty, L. (2010). Research charting a course for evidence-based clinical dietetic practice in diabetes. *Journal compilation*. 23. 360-370.
10. Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas. Seventh edition, 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org>.
11. Diaz-Valencia, P., Bougnères P. & Valleron A. (2015). Global epidemiology of type 1 diabetes in young adults and adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 17. 215-255.
12. Dyck, D., Greef, K., Deforche, B., Ruige, J., Locke, C., Kaufman, J... (2011). Mediators of physical activity change in a behavioral modification program for type 2 diabetes patients. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8 (105). 1-13.
13. DGS – Direção-Geral da Saúde. (2001). Quem? Eu? Exercício? Exercício sem riscos para lá dos sessenta. Guias para as pessoas idosas. Lisboa. 1-45.
14. DGS – Direcção- Geral da Saúde (2011). Norma da Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: [http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS\\_DM\(1\).pdf](http://www.leitaosantos.pt/site/upload/File/DGS_DM(1).pdf)

15. DGS – Direcção- Geral da Saúde. (2014). Idade Maior em Números. 1 – 224. Disponível em: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/i020593%20(2).pdf.
16. DGS – Direcção-Geral de Saúde. (2014). Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física da Saúde e do Bem-Estar (ENPAF). Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/47143705825112-Colgios-Exercicio-e-Sade-ENPAF-DGS-Documento-em-discusso.pdf>
17. DGS - Direcção-Geral de Saúde (2011-2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 10-01-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/documentos-pns/>.
18. Dixit, S., Maiya A., Shastry, B. (2014). Effect of aerobic exercise on quality of life in population with diabetes peripheral neuropathy in type 2 diabetes: a single blind, randomized controlled trial. *Springer Science*. 23. 1629-1640.
19. Eakin, E., Reeves, M., Marshall, D., Graves, N., Healy, G (2010). Living Well with Diabetes: a randomized controlled trial of a telephone-delivered intervention for maintenance of weight loss, physical activity and glycaemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 10 (452). 1-15.
20. Espeland, M., Rejeki, W., West, D., Bray G., Clark, J., Peters, A... (2013). Intensive Weight Loss Intervention in Older Individuals: Results from Action for Health in Diabetes Type 2 Diabetes Mellitus Trial. *Journal compilation – The American Geriatrics Society*. 61. 912-922.
21. Figueira, F., Umpierre, D., Cureau, F., Zucatti, A., Dalzochio, M., Leitão, C.... (2014). Association between Physical Activity Advice Only or Structured Exercise Training with Blood Pressure Levels in Patients with

- Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Sports Medicine*. 44. 1557-1572.
22. Firouzi, S., Barakatun-Nisak, M., Azmi, K. (2015). Nutritional status, glycemic control and its associated risk factors among a sample of type 2 diabetic individuals, a pilot study. *Journal of Research in Medical Sciences*. 20. 40-46.
23. Gavi, S., Hensley, J. (2009). Diagnosis and management of type 2 diabetes in adults: A review of the ICSI guideline. *Geriatrics*. 64 (6). 12-29.
24. Greef, K., Deforche, B., Tudor-Locke, C., Bourdeaudhuij, I. (2010). Increasing Physical Activity in Belgian Type 2 Diabetes Patients: a Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Institute Journal Behavior Medicine*. 18. 188-198.
25. Greef, K., Dyck, D., Deforche, B., Bourdeaudhuij, I. (2011). Physical environmental correlates of self-reported and objectively assessed physical activity in Belgian type 2 diabetes patients. *Blackwell Publishing*. 19 (2). 178-188.
26. Hatef, B., Bahrpeyma, F., Vaziri, P. (2014). Muscular isokinetic strength and endurance in short- and long-term type 2 diabetes. *Isokinetics and Exercise Science*. 22. 295-301.
27. Iijima, K., Iimuro S., Ohashi, Y., Sakurai, T., Umegaki, H., Araki, A... (2012). Lower physical activity, but not excessive calorie intake, is associated with metabolic syndrome in elderly with type 2 diabetes mellitus: The Japanese elderly diabetes intervention trial. *Japan Geriatrics Society*. 12 (1). 68-76.



28. Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).
29. Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).
30. Irvine, C., Taylor, N. (2009). Progressive resistance exercise improves glycaemic control in people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Australian Journal Physiotherapy*. 55. 237-245.
31. Jackson, R., Asimakopoulout, K., Scammell, A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *The British Dietetic Association – Journal Nutrition Dietetic*. 20. 27-36.
32. Jansink, R., Braspenning, J., Keizer, E., Weijden, T., Elwyn, G., Grol, R. (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Informa Healthcare*. 31. 119-127.
33. Franchi K., Junior, R (2005). Atividade Física: Uma Necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Promoção da Saúde*. 18 (3). 152-156
34. Monteiro, V. (2010) - *Enfermagem Comunitária: Diferentes Cenários e Desafios para a Prestação de Cuidados*. Universidade Católica Portuguesa. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto.
35. Moreno, G., Morales, L., Jaimes, F., Tseng, C., Isiordia, M., Noguera, C... (2014). Neighborhood Perceptions and Health-Related Outcomes Among Latinos with Diabetes from a Rural Agricultural Community. *Journal Community Health*. 29. 1077-1084.

36. Morey, L., Pieper, C., Ederman, D., Yancy, W., Green, J., Lum, H... (2012). Nonoverlapping Functions of the Polycomb Group Cbx Family of Proteins in Embryonic Stem Cells. *Cell Stem Cell*. 10. 47-62.
37. Morgadinho, R.S. (2012). Promoção da saúde em idosos: Exercício Físico. *Psicologia.pt*. 1-12.
38. Nylen, E., Kokkinos, P., Myers, J., Faselis, C. (2010). Prognostic Effect of Exercise Capacity on Mortality in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Journal Compilation*. 58 (10). 1850-1853.
39. Lohmann, H. *et al.* (2010). Fitness consultations in routine care of patients with type 2 diabetes in general practice: na 18-month non-randomised intervention study. *BMC Family Practice*. 11(83).1-10.
40. Long, G., Brage, S., Wareham, N., Sluijs, E., Sutton, S., Griffin, S., Simmons, R. (2013). Socio-demographic and behavioural correlates of physical activity perception in individuals with recently diagnosed diabetes: results from a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 13. 1-11.
41. Lubans, D., Plotnikoff, R., Eves, M., Sigal, R. (2011). Testing mediator variables in a resistance training intervention for obese adults with type 2 diabetes. *Psychol Health*. 27(12). 1388– 404.
42. Observatório Nacional da Atividade Física. (2011). Livro verde da Atividade Física. Instituto do Desporto de Portugal. Lisboa. 15-47. Disponível em: [http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica\\_GERAL.pdf](http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf) . Acedido a 7/4/2016.

43. Observatório Nacional de Diabetes (2015). *Diabetes: Factos e Números* – Relatório anual do observatório nacional da diabetes. Edição 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em: [http://spd.pt/images/ond\\_2015.pdf](http://spd.pt/images/ond_2015.pdf); International.
44. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a 03-5-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
45. Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf> ; Acedido a 13/07/16
46. Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010). Global Recommendations on Physical Activity for health. Switzerland. 1-57
47. Phipps, Wilma J. et al. (2007) – Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-65-7.
48. Komar -Samardzija M., Braun, L., Keithley, J., Quinn, L. (2012). Factors associated with physical activity levels in African-American women with type 2 diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 24. 209-217.
49. Paris, L., Usui, Y., Serino, J., Sá, J., Friedlander, M. (2015). A challenging Form of Non-autoimmune Insulin-Dependent Diabetes in a Wolfram Syndrome Patient with a Novel Sequence Variant. *Journal Diabetes Metab*. 6(7). 1-.

50. Phillips, A. (2014). Pre-diabetes and capturing opportunities to raise awareness. *British Journal of Nursing*. 23(10). 505-508.
51. Plotnikoff, R., Trinh, L., Courneya, K., Karunamuni, N., Sigal R. (2011). Predictors of Physical Activity in Adults With Type 2 Diabetes. *Am Journal Health Behavior*. 35 (3). 359-370.
52. Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2003) - *Anatomia e Fisiologia*. (6ª Edição). Loures: Lusociência.
53. Sibai, A., Costanian, C., Tohme, R., Assad, S., Hwalla, N. (2013). Physical activity in adults with and without diabetes: from the “high-risk” approach to the “ population-based” approach of prevention. *BMC Public Health*. 13. 1-5.
54. Sigal, R., Kenny, G., Boulé, N., Wells, B., Prud’homme, D., Fortier, M... (2007). Effects of Aerobic Training, Reistance Training, or Both on Glycemic Control in Type 2 Diabetes. *American College of Physicians*. 147 (6). 357-371.
55. Simmons, R., Harding, A., Wareham N., Griffin, S. (2007). Do simple questions about diet and physical activity help to identify those at risk of type 2 diabetes? *Journal compilation*. 34. 830-835.
56. Sieverdes, J., Ray, B., Sui, R., Lee, D., Hand, G., Baruth, M...(2009). Association between Leisure time Physical activity and Depressive Symptoms in Men. *Medicine Science Sport Exercise*. 44(2). 260-265.
57. Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapeutica nos diabéticos tipo 2*. Universidade do Minho-Instituto de Educação e Psicologia. Dissertação ao Mestrado de Educação. Minho.

58. Sousa, M., Peixoto, M., Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência*. 2 (8). 59-67.
59. Taylor, J. (2007). The impact of a supervised strength and aerobic training program in muscular strength and aerobic capacity in individuals with type 2 diabetes. *Journal of Strength and Conditioning Research*. 21 (3). 824-830.
60. Vickers, K., Nies, M., Patten, C., Dierkhising, R., Smith, S. (2006). Patients With Diabetes and Depression May Need Additional Support for Exercise. *Am Journal Health Behavior*. 30 (4). 353-362.
61. Xiu, L-L., Wahlqvist, M., Lee, M-S., Chen, R., Li, D. (2013). Cognitive impairment and limited dietary diversity or physical inactivity are conjoint precursors of incident diabetes more so in elderly women than men. 36. (556-566).
62. Xu, Y., Pan, W., Liu, H. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Blackwell Publishing Asia*. 12. 228-234.
63. World Health Organization. (2010). Health promotion and education. Disponível em <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm>
64. World Health Organization (2016). *Global Report on Diabetes*. WHO. Acedido a 02-05-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

**Apêndice II – Caracterização da População – Aquando da aplicação do IPAQ.**

## PARTE A

### Caracterização da Amostra

**Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_ Anos

**Escolaridade:** ☐ Analfabeto ☐ Ensino Básico  
☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior

**Índice de Massa Corporal:** \_\_\_\_\_

**Fuma?** ☐ Sim Quantos cigarros por dia   Há quantos anos    
fuma? ☐  
Não  
☐ Ex-Fumador (a)

**Hipertensão Arterial:** ☐ Sim  
☐ Não

Valor Tensão Arterial: \_\_\_\_\_

**Glicémia Capilar:** \_\_\_\_\_

**Hemoglobina glicada:** \_\_\_\_\_

70

**Realizou atividade física?** Sim Não

**Prática atividade física?** ☐ Sim Qual? \_\_\_\_\_

☐ Não Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Gostaria de começar a praticar? ☐

Sim

☐

Não

**Sabia que a prática de atividade física tem um papel fundamental no controle e prevenção de complicações nos diabéticos?**

Sim ☐

Não ☐

**Tem as vacinas em dia?**

Sim ☐

Não ☐

Não sei ☐

**De que maneira recorreu à consulta de diabetes?**

Marcou consulta por incentivo próprio ☐

Foi convocado por telefone ☐

Foi incentivada pela médica ou enfermeira a marcar consultas ☐



### **Apêndice III – Consentimento Livre e informado.**

### **Consentimento Livre e Informado**

Mariana Lourenço Pereira Nogueira, aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a realizar um trabalho de investigação/Projeto de Intervenção de Comunitária, com o tema: “ A importância da atividade física em pessoas idosas com diabéticos tipo 2 – a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste Questionário/Entrevista. Os dados recolhidos neste Questionário/ Entrevista permitirão analisar a influência dos seus hábitos de atividade física no controlo da sua diabetes e dos seus problemas de saúde associados.

O questionário é anónimo e confidencial e as respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos. As questões apresentadas não têm associadas respostas corretas ou incorretas, pretende apenas recolher opiniões pessoais. Devido a esse fato, a sua resposta, pessoal e sincera, é muito importante.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela Unidade de Saúde Familiar Tejo (USF).

Informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

### **Consentimento informado**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente;

A investigadora

\_\_\_\_\_ Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
de  
Mariana Lourenço Pereira Nogueira

### **Consentimento Informado**

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras solicitou à investigadora que lhe fosse explicado, tendo este esclarecido todas as suas dúvidas;
- O Sr (a) recebeu uma cópia desta informação, para manter consigo.

\_\_\_\_\_ Lisboa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
de

**APÊNDICE IV – Questionário de caracterização da população –  
aquando a aplicação do IPAQ**

## PARTE A

### Caracterização da Amostra

**Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_ Anos

**Escolaridade:** ☐ Analfabeto ☐ Ensino Básico  
☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior

**Índice de Massa Corporal:** \_\_\_\_\_

**Fuma?** ☐ Sim Quantos cigarros por dia   Há quantos anos    
fuma? ☐  
Não  
☐ Ex-Fumador (a)

**Hipertensão Arterial:** ☐ Sim  
☐ Não

Valor Tensão Arterial: \_\_\_\_\_

**Glicémia Capilar:** \_\_\_\_\_

**Hemoglobina glicada:** \_\_\_\_\_

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

**Realizou atividade física?**

Sim

Não

**Prática atividade física?**

☐ Sim

Qual? \_\_\_\_\_

☐ Não

Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Gostaria de começar a praticar?

☐

Sim

☐

Não

**Sabia que a prática de atividade física tem um papel fundamental no  
controle e prevenção de complicações nos diabéticos?**

Sim ☐

Não ☐

**Tem as vacinas em dia?**

Sim ☐

Não ☐

Não sei ☐

**De que maneira recorreu à consulta de diabetes?**

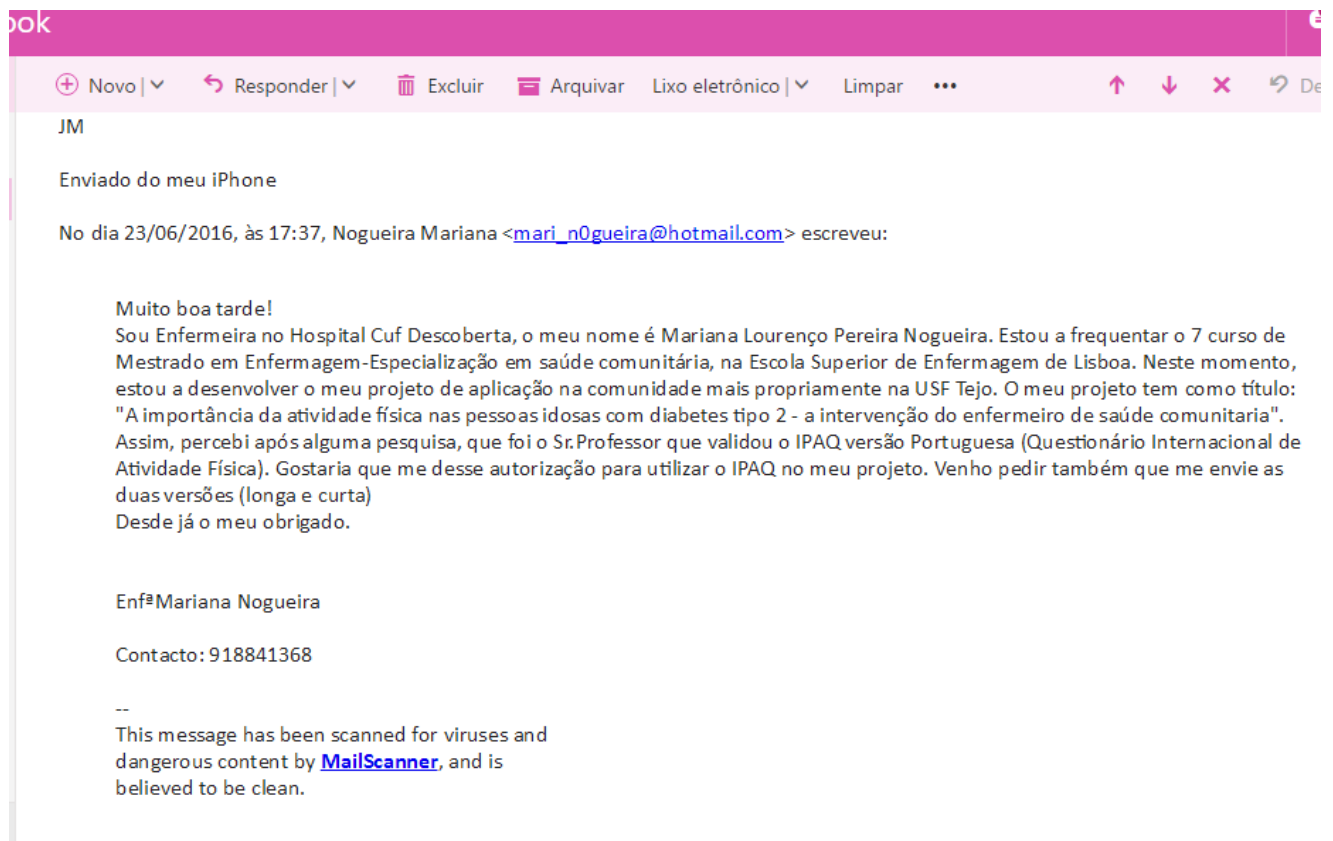
Marcou consulta por incentivo próprio ☐

Foi convocado por telefone ☐

Foi incentivada pela médica ou enfermeira a marcar consultas ☐

**APÊNDICE V – Pedido de autorização para utilização do  
Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)**

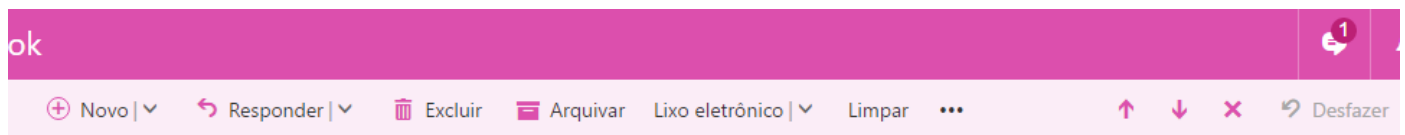
A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária





**APÊNDICE VI – Pedido de autorização à Comissão de Ética ARSLVT  
para aplicação do Questionário Internacional de Atividade Física  
(IPAQ) na USF Tejo**

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária



From: mari\_nogueira@hotmail.com  
To: ileine.lopez@cssacavem.min-saude.pt  
Subject: Comissão de Ética- Autorização para Aplicar um questionário aos utentes da USF Tejo  
Date: Thu, 19 May 2016 11:21:17 +0100

Bom dia,

Eu Mariana Lourenço Pereira Nogueira enfermeira e aluna do 7º Curso Pós Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização: Enfermagem Comunitária e saúde pública, que estou a frequentar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no corrente ano e terminará em 2017, estou a realizar um projeto de intervenção na comunidade, ou seja na USF tejo. O meu projeto intitula-se: " A importância da atividade física em pessoas idosas com diabetes tipo 2- a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária. O meu projeto terá início no mês de Outubro de 2016 e terá a duração de cinco meses.

Necessito da sua colaboração para a autorização do meu projeto na comissão de ética. O pedido encontra-se em curso, mas estou a reunir a documentação necessária.

Envio em anexo um documento exemplo do que é pretendido da sua parte pela comissão de ética.

Envio também em anexo a autorização da Enfermeira Dulcineia Gomes e da Drª Rita Rogado da USF Tejo.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração,

Precisava da documentação o mais rápido possível, de modo a que consiga realizar o meu trabalho nos prazos estabelecidos.

Enfermeira Mariana Nogueira

Contacto: 918841368

Disponha de qualquer dúvida

## **APÊNDICE VII – Apresentação e análise descritiva dos resultados da primeira etapa do Planejamento em Saúde: Diagnóstico de Situação**

Os resultados descritivos foram obtidos utilizando frequências, percentagens e medidas de tendência central para as características da amostra. De modo a melhorar a imagem visual dos resultados, foram realizadas tabelas.

Assim, pode-se observar no quadro 1 as características descritivas da amostra. Deste modo, a análise dos dados foi realizada aos 34 clientes, que constituem a amostra, sendo que desses 34 clientes, 20 (41%) eram do sexo feminino e 14 (59%) eram do sexo masculino.

Relativamente à idade, a média de idades foi de 75 anos, tendo como mínimo os 66 anos e como máximo os 91 anos.

No que diz respeito ao Índice de massa corporal (IMC) e de acordo com os valores de referência da DGS (2016), foi verificado que a maioria dos clientes encontram-se na pré-obesidade ( $n=16$ ; 47%), no entanto, só 5 clientes (14,7%) apresentavam peso normal.

Em relação à glicémia pós-prandial e de acordo com os valores de referência da Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) (2017), 13 clientes (38,2%) encontravam-se com o valor da glicémia normal (70-140 mg/dl) e 21 clientes (61,8%) encontravam-se com o valor da glicémia elevado ( $> 140$  mg/dl).

No que se refere à Hipertensão Arterial (HTA) os dados revelam que 31 clientes (94%) têm diagnosticado HTA. Por outro lado, e de acordo os valores de referência da Fundação Portuguesa de Cardiologia (2016), só 7 clientes (21%) encontravam-se com valores considerados normais (até 120 sistólica; 80 diastólica) e 12 clientes (35%) encontrava-se com valores de tensão elevados (no estadio 1 e 2).

No que concerne à hemoglobina glicada (HbA1c) e de acordo com os valores de referência da APDP (2017), só 12 clientes (35%) tinham um ótimo controlo da diabetes ( $< 6,5\%$ ), os restantes 25 clientes (65%) tinham um controlo razoável, menos bom ou insuficiente da HbA1c.

Relativamente aos hábitos tabágicos, os 34 clientes (100%) revelam que nunca fumaram.

No que diz respeito às habilitações académicas, a maioria da amostra tem o ensino básico (28 clientes = 82,4%).

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

Em relação à vacinação 28 clientes (82,4%) desconhece se tem o seu estado vacinal atualizado.

Por outro lado, no que se refere ao comportamento de procura de saúde a maioria dos clientes referem que foram convocados por telefone (25 clientes = 75%) em vez de procurarem marcar uma consulta (ver quadro 1).

**Quadro 1 – Características descritivas da amostra**

| CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA                     |   | FREQUÊNCIA<br>(N) | PERCENTAGEM<br>(%) |
|--|---|-------------------|--------------------|
| <b>Sexo</b>                                    | Feminino  | 20                | 41%                |
|  | Masculino   | 14                | 59%                |
| <b>Idade</b>                                   | 66-70 anos  | 7                 | 20,6%              |
|  | 71-80 anos  | 20                | 58,8%              |
|  | 81-91 anos  | 7                 | 20,5               |
| <b>IMC</b>                                     | Peso normal (18,5 a 24,9)                             | 5                 | 14,7%              |
|  | Pré Obesidade (25 a 29,9)                             | 16                | 47%                |
|  | Obesidade grau I (30 a 34,9)                          | 8                 | 23,6%              |
|  | Obesidade grau II (35 a 39,9)                         | 5                 | 14,7%              |
|  | Obesidade grau III (> 40)                             | 0                 | 0%                 |
| <b>Glicémia<br/>(pós-prandial)</b>             | Hipoglicémia (< 70 mg/dl)                             | 0                 | 0%                 |
|  | Normal (70 a 140 mg/dl)                               | 13                | 38,2%              |
|  | Pré-diabetes (140-200 mg/dl)                          | 12                | 35,3%              |
|  | Diabetes (> 200 mg/dl)                                | 9                 | 26,5%              |
| <b>HTA</b><br>Sim: 94%; n=31;<br>Não: 6%; n=3; | Normal (até 120 sistólica/ 80 diastólica)             | 7                 | 21%                |
|  | Pré-hipertensão (120-139 sistólica; 80-90 diastólica) | 15                | 44%                |
|  | HTA estadio 1   | 9                 | 26%                |
|  | HTA estadio 2   | 3                 | 9%                 |
| <b>HbA1c</b>                                   | Ótimo controlo da diabetes (< 6,5%)                   | 12                | 35%                |

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

|  |   |    |       |
|--|---|----|-------|
|  | Razoável controlo da Diabetes (6,5%-7%)                     | 12 | 35%   |
|  | Controlo menos bom da Diabetes (7,5%-8,5%)                  | 9  | 27%   |
|  | Controlo Insuficiente da Diabetes (> 8,5%)                  | 1  | 3%    |
|  | Péssimo controlo da Diabetes (> 10%)                        | 0  | 0%    |
| <b>Hábitos Tabágicos</b>                 | Não   | 34 | 100%  |
| <b>Habilitações Académicas</b>           | Analfabeto  | 4  | 11,8% |
|  | Ensino Básico   | 28 | 82,4% |
|  | Ensino Médio  | 1  | 2,9%  |
|  | Ensino Superior   | 1  | 2,9%  |
| <b>Vacinação</b>                         | Desconhece o seu estado vacinal                             | 28 | 82,4% |
|  | Conhece o seu estado vacinal                                | 6  | 17,6% |
| <b>Comportamento de Procura de Saúde</b> | Marcou consulta por incentivo próprio                       | 2  | 4%    |
|  | Foi convocado por telefone para a consulta                  | 25 | 75%   |
|  | Foi incentivado pela médica ou enfermeira a marcar consulta | 7  | 21%   |

Seguidamente importa realizar a descrição e análise dos dados relativos à prática de AF.

Assim, de acordo com o quadro 2, 17 clientes (50%) referiram praticar AF e 17 clientes (50%) referem não praticar AF.

Deste modo, aqueles que referiram praticar AF (17 clientes = 50%), na sua maioria realizaram caminhadas (14 clientes = 82%).

Por outro lado, aqueles que referiram não praticar AF (17 clientes = 50%), na sua maioria referiram não realizar devido a alterações na sua mobilidade (14 clientes = 82%). Desta maneira, os clientes que referiram não praticar AF ao serem questionados sobre se gostariam de começar a praticar AF, estes na sua maioria referiram que sim (15 clientes = 88%) (ver quadro 2).

**Quadro 2 – Características descritivas da amostra relativamente à prática de AF**

| CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA |                    |  |     | FREQUÊNCIA (N) | PERCENTAGEM (%) |
|---------------------------|--------------------|--|-----|----------------|-----------------|
| Prática AF                | Sim<br>(n=17; 50%) | Caminhar                                 |     | 14             | 82%             |
|                           |                    | Ginásio                                  |     | 1              | 6%              |
|                           |                    | Hidroginástica                           |     | 1              | 6%              |
|                           |                    | Bicicleta                                |     | 1              | 6%              |
|                           | Não<br>(n=17; 50%) | Mobilidade                               |     | 14             | 82%             |
|                           |                    | Sem motivação                            |     | 2              | 12%             |
|                           |                    | Outro                                    |     | 1              | 6%              |
|                           |                    | Gostaria de<br>começar a<br>praticar AF? | Sim | 15             | 88%             |
|                           |                    |  | Não | 2              | 12%             |

No quadro 3 encontram-se os resultados descritivos do IPAQ versão curta em relação aos últimos 7 dias e à média de tempo dedicado à AF.

Assim, no que diz respeito à prática de AF vigorosa, a média é 3 dias por semana e 3 minutos por dia, sendo que 32 clientes (94%) referiram não praticar AF vigorosa.

Em relação à prática de AF moderada, a média de dias por semana é de 0 e a média de minutos por dia é de 1. Deste modo, 26 clientes (76,5%) referiram não praticar AF moderada, os restantes clientes (8 clientes = 23,5%) referiram praticar AF moderada durante 3 dias por semana durante 45 minutos por dia.

No que diz respeito a andar/caminhar, a média de dias por semana corresponde a 4 e a média de minutos por dia corresponde a 22. Assim, na sua maioria referiram andar/caminhar 3 dias por semana (24 clientes = 70%), contudo, só 1 cliente (3%) referiu andar/caminhar todos os dias (7 dias por semana). Relativamente aos minutos por dia realizados a andar/caminhar a

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

maioria referiu andar/caminhar durante 10 minutos por dia (17 clientes = 50%). Por outro lado, unicamente 12 clientes (35%) referiram andar/caminhar 30 minutos ou mais.

Por fim, quanto ao tempo em que passam sentados, a média corresponde a 9 horas por dia, o mínimo foi 6 horas e o máximo 12 horas, sendo que a maioria dos clientes referiram que passam 6 horas por dia sentados (8 clientes = 23%).

**Quadro 3 – Resultados descritivos do IPAQ versão curta**

| IPAQ<br>VERSÃO CURTA  | MÉDIA          | DIAS/ SEMANA<br>OU TEMPO/DIA | FREQUÊNCIA (N) | PERCENTAGEM (%) |
|-----------------------|----------------|------------------------------|----------------|-----------------|
| <b>AF Vigorosa</b>    | 0 dias/semana  | 0 dias/semana                | 32             | 94%             |
|                       |                | 3 dias/ semana               | 2              | 6%              |
|                       | 3 minutos/dia  | 0 minutos/dia                | 32             | 94%             |
|                       |                | 45 minutos/dia               | 2              | 6%              |
| <b>AF Moderada</b>    | 0 dias/semana  | 0 dias/semana                | 26             | 76,5%           |
|                       |                | 3 dias/semana                | 8              | 23,5%           |
|                       | 1 minutos/dia  | 0 minutos/dia                | 26             | 76,5%           |
|                       |                | 45 minutos/dia               | 8              | 23,5%           |
| <b>Andar/Caminhar</b> | 4 dias/semana  | 3 dias/semana                | 24             | 70%             |
|                       |                | 4 dias/semana                | 3              | 9%              |
|                       |                | 5 dias/semana                | 3              | 9%              |
|                       |                | 6 dias/semana                | 3              | 9%              |
|                       |                | 7 dias/semana                | 1              | 3%              |
|                       | 22 minutos/dia | 10 minutos/dia               | 17             | 50%             |
|                       |                | 20 minutos/dia               | 5              | 15%             |
|                       |                | 30 minutos/dia               | 6              | 17%             |
|                       |                | 45 minutos/dia               | 4              | 12%             |
|                       |                | 60 minutos/dia               | 2              | 6%              |
| <b>Tempo Sentado</b>  | 9 horas/dia    | 6 horas/dia                  | 8              | 23%             |
|                       |                | 7 horas/dia                  | 4              | 12%             |
|                       |                | 8 horas/dia                  | 4              | 12%             |
|                       |                | 9 horas/dia                  | 2              | 6%              |
|                       |                | 10 horas/dia                 | 7              | 20%             |



A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária

|  |  |                           |   |     |
|--|--|---------------------------|---|-----|
|  |  | 11 horas/dia              | 5 | 15% |
|  |  | 12 horas/dia <sup>2</sup> | 4 | 12% |

No quadro 4 encontram-se os resultados da aplicação do índice de Barthel.

Assim, 17 clientes (50%) foram classificados como independentes e 17 clientes (50%) foram classificados como dependentes em grau reduzido.

**Quadro 4 – Resultados descritivos do Índice Barthel**

| Classificação do Índice de Barthel | Frequência (n) | Porcentagem (%) |
|------------------------------------|----------------|-----------------|
| Independente                       | 17             | 50%             |
| Dependente em grau reduzido        | 17             | 50%             |
| Dependente em grau moderado        | 0              | 0%              |
| Dependente em grau elevado         | 0              | 0%              |
| Dependente total                   | 0              | 0%              |

## **APÊNDICE VIII – Apresentação dos critérios do método Hanlon para definição de prioridades**

**A amplitude ou magnitude do problema (A)** corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, sendo avaliada numa escala de 0 a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo (Pineault & Daveluy, 1987; Tavares, 1990).

Desta forma, de acordo com amostra foi definido no quadro 5 a equivalência entre o número de pessoas com o problema de saúde e o valor atribuído.

**Quadro 5 – Amplitude ou Magnitude do Problema (A) - Equivalência entre o número de pessoas com o problema de saúde e o valor atribuído**

| Número de Pessoas | Valor Atribuído |
|-------------------|-----------------|
| 1 a 4             | 1               |
| 4 a 8             | 2               |
| 8 a 12            | 3               |
| 12 a 16           | 4               |
| 16 a 18           | 5               |
| 18 a 22           | 6               |
| 22 a 24           | 7               |
| 24 a 28           | 8               |
| 28 a 32           | 9               |
| 32 a 34           | 10              |

**A gravidade do problema (B)** pode ser analisada de numerosas formas, sendo que, de uma maneira geral, é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos, sendo que cada um destes factores que se pretende analisar deverá ser ponderado numa escala, elaborando-se posteriormente a média das ponderações obtidas (Pereira, 2011). Assim, a pontuação deste critério varia numa escala de 0 a 10, sendo 10 o valor máximo da gravidade de um problema.

**A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema (C)** é ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, sendo que esta forma de pontuar tem como efeito reduzir ou aumentar a soma dos dois primeiros critérios, caso a solução seja inexistente ou disponível, respetivamente (Pineault & Daveluy, 1987) (ver quadro 6).

**Quadro 6 – Eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema (C) numa escala de 0,5 a 1,5**

| <b>Valor</b> | <b>Significado</b> |
|--------------|--------------------|
| 0,5          | Difícil Solução    |
| 1            | Média Solução      |
| 1,5          | Fácil Solução      |

A exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) é um critério que integra as seguintes componentes da sigla PEARL: pertinência (P), exequibilidade económica (E), aceitabilidade (A), recursos disponíveis (R) e legalidade (L) (García, Arquilles & Flores, 2012). Estes factores, não estando diretamente relacionados com a necessidade ou eficácia, determinam se a solução do problema em análise por ser aplicada (Pereira, 2011). Desta forma, os critérios têm somente dois valores possíveis, sim equivalente a 1 e não equivalente a 0, ou seja se o factor  $D=0$  o problema é eliminado, de acordo com a formula  $[(A+B)C \times D]$  (Pereira, 2011; García, Arquilles & Flores, 2012).

## **APÊNDICE IX – Planejamento de Atividades**

## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

#### ***PLANEAMENTO ATIVIDADES***

Mariana Lourenço Pereira Nogueira

**Lisboa**  
**2016-2017**



**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem  
Comunitária**

**PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES**

**Mariana Lourenço Pereira Nogueira**

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Andreia Cátia Jorge Silva da Costa

**Lisboa  
2016-2017**



## **LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS**

% - Percentagem

AF – Atividade Física

DGS – Direcção Geral de Saúde

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Visita Domiciliária



## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 2 – consulta de vigilância de diabetes de enfermagem – Escala de likert de 5 pontos

Gráfico 2 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 3 – visitas domiciliárias – Escala de Likert de 5 pontos

Gráfico 3 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 4 – sessões de educação para a saúde – Escala de Likert de 5 pontos

Gráfico 4 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 5 – sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário – Escala de Likert de 5 pontos

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 – Número de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto por atividades

Quadro 2 – Indicador de processo da atividade 1, elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto

Quadro 3 – Plano da consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem

Quadro 4 – Plano da consulta de diabetes de vigilância de enfermagem – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo

Quadro 5 – Indicador de processo da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem.

Quadro 6 – Indicador de resultado da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem

Quadro 7 – Contabilização do número de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem

Quadro 8 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos que receberam visitas domiciliárias

Quadro 9 – Indicadores de processo e resultado da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem

Quadro 10 – Plano das visitas domiciliárias

Quadro 11 – Plano das visitas domiciliárias – conteúdos, metodologia, material e tempo

## Planeamento Atividades

Quadro 12 – Indicador de processo da atividade 3, visitas domiciliárias

Quadro 13 – Indicador de resultado da atividade 3, visitas domiciliárias

Quadro 14 – Contabilização do número de clientes que receberam visitas domiciliárias

Quadro 15 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos que receberam visitas domiciliárias

Quadro 16 – Indicadores de processo e resultado da atividade 3, visitas domiciliárias

Quadro 17 – Plano da sessão de educação para a saúde

Quadro 18 – Plano da sessão de educação para a saúde – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo

Quadro 19 – Indicador de processo da atividade 1, sessão de educação para a saúde

Quadro 20 – Indicador de resultado da atividade 1, sessão de educação para a saúde

Quadro 21 – Contabilização do número de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde

Quadro 22 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos, nas sessões de educação para a saúde

## Planeamento Atividades

Quadro 23 – Indicadores de avaliação e resultados da atividade 4, sessão de educação para a saúde

Quadro 24 – Plano da sessão de sensibilização e apresentação do projeto de saúde comunitária à equipa da USF Tejo

Quadro 25 – Plano da sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo

Quadro 26 – Indicador de processo da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário

Quadro 27 – Indicador de resultado da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário

Quadro 28 – Contabilização do número de elementos da equipa USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário

Quadro 29 – Respostas dos elementos da equipa USF Tejo à pergunta: Continuaria a implementação do projeto de saúde comunitária na USF Tejo?

Quadro 30 – Indicadores de avaliação e resultados da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário

## Índice

|  |     |
|--|-----|
| Índice de Gráficos .....   | ii  |
| Índice de Quadros.....   | iii |
| INTRODUÇÃO .....   | 1   |
| 1. PLANEAMENTO .....   | 3   |
| 2. SELEÇÃO DAS ATIVIDADES .....  | 4   |
| 2.1. Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto.....  | 4   |
| 2.1.1. Objetivos Operacionais .....  | 5   |
| 2.2.2. Plano da elaboração e distribuição .....  | 5   |
| 2.1.3. Avaliação .....   | 6   |
| 2.2. Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem .....   | 8   |
| 2.2.1. Objetivos Operacionais .....  | 8   |
| 2.2.2. Plano da consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem.....  | 9   |
| 2.2.3 Seleção e organização de estratégias de avaliação.....   | 11  |
| 2.2.4. Avaliação .....   | 12  |
| 2.3. Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias.....  | 17  |
| 2.3.1 Objetivos Operacionais .....   | 18  |
| 2.3.2 Plano das Visitas Domiciliárias .....  | 18  |
| 2.3.3 Seleção e organização de estratégias de avaliação.....   | 22  |
| 2.3.4 Avaliação .....  | 23  |
| 2.4. Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde .....   | 28  |
| 2.4.1. Objetivos Operacionais .....  | 31  |
| 2.4.2. Plano da Sessão de Educação para a Saúde .....  | 31  |
| 2.4.4 Seleção e organização de estratégias de avaliação.....   | 34  |
| 2.4.5 Avaliação .....  | 35  |
| 2.5. Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo..... | 39  |
| 2.5.1. Objetivos Operacionais .....  | 39  |
| 2.5.2. Plano da Sessão de Sensibilização e apresentação do projeto de intervenção de saúde comunitária.....                                    | 40  |
| 2.5.3. Seleção e organização de estratégias de avaliação .....   | 42  |

|  |     |
|--|-----|
| 2.5.4. Avaliação .....   | 43  |
| 3. CONCLUSÃO .....   | 46  |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....   | 48  |
| APÊNDICES .....  | 51  |
| APÊNDICE I – Cronograma das atividades realizadas .....  | 52  |
| APÊNDICE II – Apresentação <i>Powerpoint</i> da Sessão de Educação para a Saúde ..                               | 53  |
| APÊNDICE III – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF<br>nos clientes diabéticos ..... | 72  |
| APÊNDICE IV – Manual do Projeto “Mexer para Viver “ .....  | 75  |
| APÊNDICE V – Folheto Informativo sobre Exercícios Diários que podem ser<br>realizados em casa .....              | 104 |
| APÊNDICE VI – Diário de Atividade Física .....   | 107 |
| APÊNDICE VII – Convite de participação na Sessão de sensibilização da equipa da<br>USF Tejo .....                | 110 |
| APÊNDICE VIII – Apresentação de <i>Powerpoint</i> da Sessão de Sensibilização da<br>equipa da USF Tejo .....     | 112 |
| APÊNDICE IX - Questionário de avaliação de atividades – Escala de likert de 5<br>pontos.....                     | 126 |
| APÊNDICE X – Guião das visitas domiciliárias .....   | 128 |

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorre na USF Tejo em Moscavide entre 26 de Setembro 2016 e 10 de Fevereiro 2017, desenvolveu-se o presente documento.

De acordo com as etapas do planeamento em saúde (Imperatori & Geraldès, 1982) após a definição de estratégias, surge a elaboração de programas e projetos e, posteriormente a preparação para a execução, ou seja, é a parte operacional do planeamento em saúde.

Assim, este documento apresenta o planeamento das atividades desenvolvidas com base no diagnóstico de saúde capacidade de gestão do regime de atividade física comprometido, no qual teve como população alvo: os clientes com diabetes tipo 2 e com idade superior a 65 anos.

No sentido de obter melhores resultados, impõe-se um planeamento das atividades previstas, pelo que a elaboração deste guia se torna essencial.

A estratégia escolhida contempla as seguintes atividades:

1. Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto;
2. Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;
3. Realização de visitas domiciliárias;
4. Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde;
5. Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo;

Assim, as sessões de educação para a saúde revelam-se uma estratégia essencial na promoção da saúde dos indivíduos e comunidade, uma vez que “comunicam factos, ideias e capacidades que modificam o conhecimento, as atitudes, os valores, as crenças, os comportamentos e as práticas dos indivíduos, famílias, sistemas e/ou comunidades (Stanhope & Lancaster, 2011).

Por outro lado, as visitas domiciliárias surgiram como uma opção para a promoção da vigilância global de saúde junto dos clientes com grau de

## Planeamento Atividades

dependência reduzido e com dificuldade ou impossibilitados de se deslocarem à USF Tejo.

Neste sentido o planeamento das atividades é crucial para o seu sucesso, ou seja, para o alcance dos objetivos previamente estabelecidos, os quais representarão ganhos em saúde para as comunidades.

Deste modo, com o planeamento das atividades pretende-se:

- Desenvolver competências no âmbito do planeamento das atividades;
- Refletir sobre a importância do planeamento para a eficácia das atividades;
- Compreender a importância das atividades;
- Adquirir competências de desenvolvimento de atividades, de acordo com a população-alvo e temática a abordar;

Assim, o presente documento encontra-se subdividido em três capítulos, sendo que o primeiro designa-se Planeamento, onde se realiza uma breve descrição sobre o conceito de planeamento. O segundo capítulo refere-se à seleção de estratégias, no qual se abordam o planeamento, execução e avaliação das atividades realizadas.



## 1. PLANEAMENTO

Na área da Saúde, a abordagem ao conceito planeamento é feita por diversos autores, os quais apesar de apresentarem algumas nuances, parecem convergir maioritariamente num aspeto: o planeamento permite a coordenação e racionalização de recursos de forma a atingir os objetivos estabelecidos.

Assim, Imperatori (1993) define planeamento em saúde como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à resolução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”. Glick & Stanhope (2011) sugerem que a finalidade do planeamento é assegurar que os serviços de saúde são equitativos e eficientes, através da seleção de atividades que produzem as melhorias desejadas.

Deste modo, considerando que o tempo é limitado e os recursos escassos, revela-se a importância do planeamento de cada uma das atividades previstas, no sentido da sua execução racional e eficiente.

## **2. SELEÇÃO DAS ATIVIDADES**

A preparação da execução é a sexta etapa do planeamento em saúde. Esta etapa deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

Assim, foram definidas as seguintes atividades, bem como o respetivo cronograma (ver apêndice I):

- ✓ Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto;
- ✓ Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;
- ✓ Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias;
- ✓ Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde;
- ✓ Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo;

Todas as atividades tiveram a colaboração ativa da equipa da USF Tejo.

### **2.1. Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto**

O material informativo poderá assumir relevância na obtenção de ganhos em saúde. Assim, poderá ser uma forma de suporte da informação oral transmitida durante a intervenção do profissional de saúde e funcionar como reforço da informação sempre que o cliente sente necessidade de relembrar algum aspeto abordado com o profissional de saúde (Hespanhol *et al*, 2009).

Assim, antes da elaboração do material informativo, foi feito um levantamento dos conteúdos abordados na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem acerca da AF e foi verificado o material informativo que a USF Tejo já tinha anteriormente elaborado.

Desta forma, e com o apoio da equipa da USF Tejo, foi realizado o diário de atividade física, o folheto informativo sobre os exercícios que pode realizar em casa e, por fim foi elaborado o manual do projeto “mexer para viver” (ver anexo IV, V e VI).

### **2.1.1. Objetivos Operacionais**

- Que pelo menos 50% dos clientes recebam material informativo e de apoio ao projeto;

### **2.2.2. Plano da elaboração e distribuição**

A elaboração do material informativo e de apoio ao projeto ocorreu na primeira semana do mês de Novembro.

A população alvo correspondeu aos clientes com os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Apresentar o diagnóstico de diabetes tipo 2;
- ✓ Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- ✓ Ser cliente da USF Tejo;
- ✓ Pertencer à listagem de uma enfermeira em específico;

Assim, foi elaborado um folheto informativo sobre exercícios que podem ser realizados em casa. Foi elaborado um manual do utilizador do projeto “Mexer para Viver”, de modo a compilar a informação transmitida nas consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem, nas visitas domiciliárias e nas sessões de educação para a saúde. Por fim, foi elaborado o diário de atividade física, que teve como objetivo que os clientes que são objeto de intervenção registem no futuro as atividades físicas que realizaram durante a semana. Deste modo, num contacto posterior com o cliente o enfermeiro de saúde comunitária conseguirá perceber se o cliente praticou AF durante esse período de tempo (ver apêndice IV, V e VI).

## Planeamento Atividades

Após a elaboração, o material informativo e de apoio ao projeto foi entregue a partir da segunda semana de Novembro, a todos os clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq$  a 65 anos, pertencentes a uma listagem específica de uma enfermeira.

### 2.1.3. Avaliação

A avaliação desta atividade consistiu em perceber quantos clientes receberam material informativo e de apoio ao projeto.

Desta forma, observando o quadro 1 conseguimos perceber que na atividade 2 – realização de consultas de vigilância de diabetes de enfermagem 86 clientes receberam o material informativo e de apoio ao projeto; na atividade 3 – realização de visitas domiciliárias, 25 clientes receberam o material informativo e de apoio ao projeto; na atividade 4 – realização de uma sessão de educação para a saúde e 22 clientes receberam o material informativo e de apoio ao projeto.

Deste modo, no total 116 clientes receberam o material informativo e de apoio ao projeto (ver quadro 1).

**Quadro 1 – Número de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto por atividades**

| <b>Atividades</b>   | <b>Número de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto</b> |
|---|--|
| Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem | 86   |
| Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias;                            | 25   |
| Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde;              | 22   |
| Total   | 133  |

Assim, considerando o indicador de processo previamente estabelecido, o resultado obtido foi de 90%, sendo que desta forma a meta foi atingida (ver quadro 2).

## Planeamento Atividades

**Quadro 2 – Indicador de processo da atividade 1, elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto.**

| <b>Indicador de Processo</b>  | <b>Construção</b>   | <b>Meta</b> | <b>Resultado</b> |
|---|---|-------------|------------------|
| <b>Percentagem de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto</b> | $\frac{\text{Nº de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto (n=133)}}{\text{Nº total de clientes (n=148)}} \times 100$ | 50%         | 90%              |

## **2.2. Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem**

A atividade consulta de vigilância de diabetes de enfermagem, surgiu como atividade exequível em termos de recursos e meios e, de modo a promover a capacitação dos clientes para a prática de AF.

Assim, a consulta de enfermagem foi definida, em 1999, pelo Ministério da Saúde como:

“uma atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos clientes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem” (Ministério da Saúde, 1999, p.2).

A consulta de diabetes de enfermagem, é um espaço de eleição para conhecer a situação de saúde dos clientes, as suas crenças e motivações e, com base nas necessidades identificadas, tomar decisões no âmbito do exercício profissional autónomo, realizar uma abordagem sistémica e sistemática, implementar intervenções de enfermagem para evitar riscos, detetar problemas potenciais e resolver ou minimizar problemas.

Desta forma, a realização de consultas de vigilância de diabetes de enfermagem teve como principal objetivo a promoção da AF nos clientes diabéticos.

### **2.2.1. Objetivos Operacionais**

- Que pelo menos 75% dos clientes compareçam nas consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;
- Que pelo menos 75% dos clientes adquiram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos;

### **2.2.2. Plano da consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem**

As consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem decorreram durante o mês de Novembro até ao mês de Fevereiro, sendo que todos os clientes foram convocados telefonicamente.

Foi realizado um plano da consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem (ver quadro 3).

## Planeamento Atividades

**Quadro 3 – Plano da consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem**

| PLANO DA CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE DIABETES DE ENFERMAGEM |   |
|---|---|
| Data de realização:                                       | De Novembro a Fevereiro 2016, das 9h às 16h   |
| 1. Identificação da ação                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tema:</b> Promoção da atividade física nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Destinatários:</b> Clientes da USF Tejo com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Local:</b> Gabinete de Enfermagem destinado à consulta de diabetes na USF Tejo</li> <li>• <b>Duração da Consulta:</b> 20 minutos</li> <li>• <b>Formadora:</b> Estudante Enf<sup>a</sup> Mariana Nogueira</li> <li>• <b>Estratégia de Convocação:</b> Telefone</li> </ul>  |
| 2. Objetivo geral   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salientar a importância da AF na gestão da diabetes;</li> </ul>  |
| 3. Objetivos Específicos                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembrar o que é a atividade física/ Exercício Físico;</li> <li>• Clarificar os benefícios da atividade física;</li> <li>• Motivar para a prática de atividade física regular;</li> <li>• Instruir sobre exercícios diários que pode realizar no domicílio;</li> <li>• Informar sobre as recomendações para a prática de atividade física;</li> <li>• Informar dos sinais e sintomas a ter em conta para terminar imediatamente a atividade física;</li> <li>• Ajudar a definir objetivos individuais;</li> <li>• Entregar o manual: Mexer para Viver;</li> <li>• Entregar o diário de atividade física;</li> </ul> |
| 4. Pré-requisito  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o diagnóstico de diabetes tipo 2;</li> <li>• Ter idade igual ou superior a 65 anos;</li> <li>• Ser cliente da USF Tejo;</li> <li>• Pertencer à listagem de uma enfermeira em específico;</li> <li>• Comparecer no dia estipulado para consulta de Enfermagem;</li> </ul>  |
| 5. Materiais e equipamentos a utilizar                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabinete de Enfermagem</li> <li>• Caneta</li> <li>• Manual do Projeto Mexer para Viver</li> <li>• Diário de Atividade Física</li> <li>• Folhetos informativos (Exercício físico no utente com diabetes; exercícios que pode fazer em casa)</li> <li>• Questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos;</li> </ul>   |

Por fim, foram planeados os conteúdos abordados na consulta, o material necessário e o tempo necessário, de modo a que não haja qualquer falha (ver quadro 4).



## Planeamento Atividades

**Quadro 4 – Plano da consulta de diabetes de vigilância de enfermagem – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo**

|                        | <b>Conteúdos</b>   | <b>Metodologia</b>  | <b>Material/ Equipamento</b>   | <b>Tempo</b> |
|------------------------|--|---|--|--------------|
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora</li> <li>- Explicar o que é o projeto Mexer para Viver”</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método Expositivo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Caneta</li> <li>-Computador</li> </ul>   | 1 Min.       |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação dos benefícios da AF</li> <li>- Esclarecer a diferença entre o conceito atividade física e exercício físico</li> <li>- Esclarecer o que é a intensidade física</li> <li>- Explicar como se pode determinar a intensidade física</li> <li>- Divulgar as recomendações para a prática de AF</li> <li>- Informar sobre a importância da monitorização da glicémia capilar aquando a AF</li> <li>- Informar sobre quando o diabético deve parar de realizar AF</li> <li>- Referir a importância do aquecimento antes de iniciar a prática de AF</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método Expositivo</li> <li>- Método Interrogativo</li> <li>- Método demonstrativo e participativo</li> </ul> |  | 15 Min.      |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese</li> <li>- Discussão</li> <li>- Avaliação</li> <li>- Entrega de folhetos</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método expositivo e interrogativo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Folhetos</li> <li>-Questionário de avaliação de conhecimentos</li> <li>- Avaliação da consulta através da escala de likert;</li> <li>-Caneta</li> </ul> | 4 Min.       |

### 2.2.3 Seleção e organização de estratégias de avaliação

Como estratégias de avaliação da atividade 2 foram selecionadas: a realização de um questionário de avaliação sobre os assuntos abordados na consulta, a utilização da Escala de Likert adaptada acerca da consulta realizada (ver apêndice II e IX).

## Planeamento Atividades

O questionário de avaliação de conhecimentos compreende a avaliação diagnóstica e final, foi composto por 18 questões com resposta fechada de “sim”, “não” e “não sei”.

A escala de *likert* avalia de 1 a 5: os objetivos da sessão, a metodologia utilizada, os meios auxiliares de ensino utilizados, a transmissão de conteúdos e o tempo de sessão.

Para além dessa avaliação, as consultas realizadas foram avaliadas, tendo em consideração os seguintes indicadores de processo e de resultado (ver quadro 5 e 6).

**Quadro 5 – Indicador de processo da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem**

| Indicador de Processo   | Construção   | Meta |
|---|--|------|
| Percentagem de clientes presentes na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem | $\frac{\text{Nº de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem}} \times 100$ | 75%  |

**Quadro 6 – Indicador de resultado da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem**

| Indicador de Resultado   | Construção  | Meta |
|--|---|------|
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos (81)}}{\text{Nº de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem (86)}} \times 100$ | 75%  |

### 2.2.4. Avaliação

Na realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem, a avaliação compreendeu os resultados obtidos nos questionários de avaliação

de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos e no questionário de avaliação da consulta.

Por fim, dever-se-á ainda referir se as metas foram atingidas, apresentando-se os valores percentuais obtidos.

Assim, o quadro 7 apresenta o número de clientes convocados e presentes na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem.

**Quadro 7 – Contabilização do número de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de enfermagem**

|  | Nº de Clientes |
|--|----------------|
| <b>Clientes previstos para convocação</b>                          | 123            |
| <b>Clientes que não atenderam ou tinham o número não atribuído</b> | 25             |
| <b>Clientes que confirmaram presença</b>                           | 98             |
| <b>Clientes que não compareceram</b>                               | 12             |
| <b>Total</b>   | 86             |

De seguida apresenta-se as respostas dos clientes ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos presentes nas sessões de educação para a saúde.

Assim, obtiveram-se 1454 respostas certas (93%), 65 respostas erradas (4%) e 29 respostas que não sabiam (3%) (ver quadro 8).

## Planeamento Atividades

**Quadro 8 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos que receberam visitas domiciliárias**

| Questões   | Respostas Certas | Respostas Erradas | Não sabe |
|------------|------------------|-------------------|----------|
| Questão 1  | 80               | 1                 | 5        |
| Questão 2  | 78               | 6                 | 2        |
| Questão 3  | 76               | 10                | 0        |
| Questão 4  | 86               | 0                 | 0        |
| Questão 5  | 75               | 5                 | 6        |
| Questão 6  | 81               | 5                 | 0        |
| Questão 7  | 85               | 1                 | 0        |
| Questão 8  | 84               | 2                 | 0        |
| Questão 9  | 78               | 6                 | 2        |
| Questão 10 | 79               | 5                 | 2        |
| Questão 11 | 82               | 2                 | 2        |
| Questão 12 | 86               | 0                 | 0        |
| Questão 13 | 79               | 6                 | 1        |
| Questão 14 | 75               | 5                 | 6        |
| Questão 15 | 83               | 3                 | 0        |
| Questão 16 | 85               | 1                 | 0        |
| Questão 17 | 76               | 7                 | 3        |
| Questão 18 | 86               | 0                 | 0        |
| Total      | 1454             | 65                | 29       |

Apresenta-se de seguida as respostas à avaliação da consulta através da escala de likert de 5 pontos, onde “muito eficaz” corresponde a 5 e “nada eficaz” corresponde a 1 (ver gráfico 1).

Assim, como se pode verificar no gráfico 1 em relação ao tempo 41% dos clientes consideraram “pouco”.

No que diz respeito à transmissão de conteúdos 95% dos clientes consideraram “eficaz”.

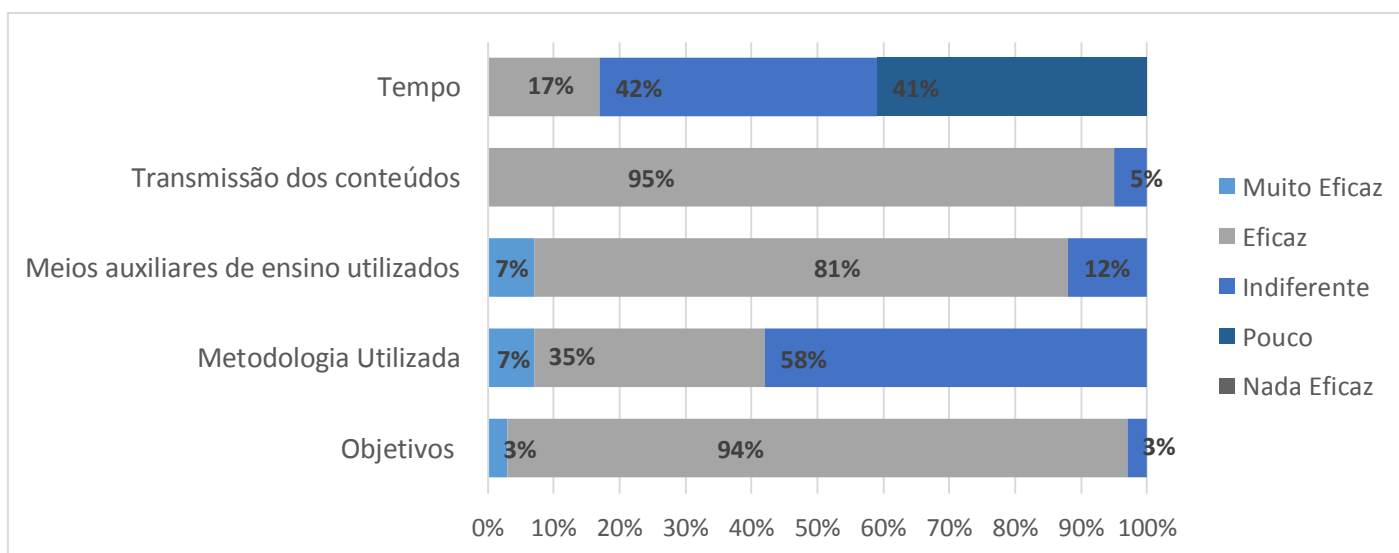
## Planeamento Atividades

No que concerne aos meios auxiliares de ensino utilizados, 81% dos clientes consideraram “eficaz”.

Relativamente à metodologia utilizada 58% dos clientes consideraram “eficaz”.

Por fim no que diz respeito aos objetivos, 94 % dos clientes consideram “eficaz”.

**Gráfico 1 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 2 – consulta de vigilância de diabetes de enfermagem – Escala de likert de 5 pontos.**



Por outro lado, considerando os indicadores previamente estabelecidos, apresenta-se os resultados obtidos no quadro 9.

## Planeamento Atividades

**Quadro 9 – Indicadores de processo e resultado da atividade 2, consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem.**

| Indicador de Processo  | Construção  | Meta | Resultado |
|--|---|------|-----------|
| Percentagem de clientes presentes na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem                    | $\frac{\text{Nº de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem (86)}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem (98)}} \times 100$  | 75%  | 88%       |
| Indicador de Resultado   | Construção  | Meta | Resultado |
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos (81)}}{\text{Nº de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem (86)}} \times 100$ | 75%  | 94%       |

Assim, foram realizadas consultas a 88% dos clientes previstos.

Por outro lado, o indicador de resultado “percentagem de clientes que adquiriu conhecimentos sobre a importância da prática de AF ” foi calculado considerando as respostas certas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos. Dado indicador, conseguiu-se que 94% dos clientes adquirissem conhecimentos acerca da importância da AF nos diabéticos.

### **2.3. Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias**

A visita domiciliária é frequentemente referida como os cuidados de saúde prestados no domicílio a clientes dependentes, com o objetivo de promover, manter ou minimizar o impacto da doença ou da incapacidade (Wieland, Ferrell y Rubenstein citado por Garrote, 2005). No entanto, a sua abrangência é bem mais ampla, pelo que é “uma atividade de assistência em saúde exercida junto do indivíduo, da família e na comunidade” (Leitão & Freitas, 2007), quer em situações de doença, quer na promoção e vigilância da saúde.

Assim, a opção por este tipo de atividade dependerá dos objetivos da intervenção do enfermeiro, tendo em conta as suas vantagens e desvantagens. Deste modo, a visita domiciliária assume-se como uma atividade fundamental, uma vez que permite identificar as condições ambientais e sociais das pessoas e família, proporcionando um ambiente favorável ao estabelecimento da relação terapêutica e intervenção de enfermagem.

De acordo com Kaakinen & Birenbaum (2011) a visita domiciliária tem as seguintes vantagens: a conveniência do cliente, o controlo do cliente sobre o ambiente, a disponibilidade de uma opção para os clientes que não querem ou não podem deslocar-se, a capacidade de individualizar os serviços e a existência de um ambiente natural e relaxado para a discussão de preocupações e necessidades. Realça-se ainda que a prestação de cuidados no serviço de saúde não substitui a visita domiciliária, visto que só esta permite conhecer o verdadeiro contexto de vida do cliente ou o meio ambiente, caracterizado por exemplo pelas condições de habitação, recursos que dispõe e as relações entre os vários membros da família (Kaakin & Birenbaun, 2011).

A visita domiciliária pode ainda proporcionar um melhor relacionamento do enfermeiro com o cliente, por ser um método menos formal e mais sigiloso, comparativamente aos utilizados noutras atividades dos serviços de saúde. Permite ainda maior liberdade para os clientes exporem os seus problemas, pois o tempo disponível por parte do enfermeiro poderá ser maior (Leitão & Freitas, 2007).

Podem realçar-se como desvantagens, os elevados custos inerentes à preparação, deslocação, tempo despendido e atividades após a visita.

Neste caso em concreto, foi selecionada esta atividade, visto que a população-alvo recorre esporadicamente ao centro de saúde, sendo difícil a sua adesão ao solicitar a deslocação a este local. Além disso, é importante referir que alguns clientes têm uma dependência em grau reduzido, pelo que tinham dificuldade em deslocar-se à USF Tejo.

Por outro lado, a realização da visita domiciliária permite que seja efetuada de acordo com a disponibilidade dos clientes, não sendo necessário proceder a adaptações de acordo com os horários da instituição. Por fim, 50% da amostra aquando a realização do diagnóstico de situação revelaram serem dependentes em grau reduzido, pelo que esta atividade permitirá intervir junto dos clientes que têm dificuldade em deslocar-se à USF Tejo.

Como estratégia de convocação, optou-se ainda por efetuar o contacto telefónico prévio com os clientes para agendamento das visitas domiciliária, de forma a identificar a sua receptividade à intervenção e disponibilidade.

### **2.3.1 Objetivos Operacionais**

- Que pelo menos 80% das visitas domiciliárias agendadas sejam realizadas;
- Que pelo menos 75% dos clientes adquiram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos;
- Que pelo menos 40% dos clientes utilizem o diário de AF;
- Que pelo menos 10% dos clientes iniciem a prática de AF;

### **2.3.2 Plano das Visitas Domiciliárias**

As visitas domiciliárias decorreram durante o mês de Dezembro 2015, de acordo com a marcação após contacto telefónico com os clientes. O número de clientes previstos para a realização das visitas domiciliárias foram 25. A deslocação foi realizada a pé, dado que a área geográfica é um critério de



inclusão, e na carrinha da USF Tejo, quando houve disponibilidade dos enfermeiros da USF Tejo (ver quadro 10).

Assim, estavam previstas duas visitas domiciliárias por cliente. Durante as visitas domiciliárias, foi utilizado um guião (ver anexo X), onde foram realizados os registos de cada cliente. Assim, no guião constou o nome do cliente, o NOP, o telefone, a morada, a data da realização da primeira e da segunda visita domiciliária.

O foco principal das visitas domiciliárias foi aumentar o conhecimento sobre a atividade física e a realização e ensino de exercícios diários que podem ser realizados em casa. Os clientes no final da visita deverão conseguir realizar os exercícios autonomamente.

Para além do guião, foi entregue um manual do projeto “Mexer para Viver” (ver apêndice IV), o diário de atividade física (ver apêndice VI) e o folheto dos exercícios que pode realizar em casa (ver apêndice V). O manual permitiu que os conteúdos abordados na visita domiciliária fossem compilados e possam ser consultados a qualquer momento, incluindo os exercícios realizados.

Por outro lado, o diário de atividade física permitiu um registo diário das atividades realizadas ao longo dos dias. Com o registo das atividades físicas realizadas o enfermeiro consegue monitorizar a atividade física realizada pelos clientes. Desta maneira, na segunda visita domiciliária conseguiu-se perceber se os clientes realizaram atividade física ao longo da semana, nomeadamente os exercícios ensinados e para esclarecer dúvidas que os clientes possam ter.

Foi então realizado um plano das visitas domiciliárias (ver quadro 10).

## Planeamento Atividades

**Quadro 10 – Plano das visitas domiciliárias.**

| PLANO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS        |  |
|--|--|
| Data de realização:                    | Dezembro de 2016   |
| 1. Identificação da ação               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tema:</b> Promoção da atividade física nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Destinatários:</b> Clientes da USF Tejo com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Número de clientes previsto:</b> 25 clientes</li> <li>• <b>Visitas Domiciliárias previstas:</b> 2 por cliente</li> <li>• <b>Local:</b> Domicílio dos Clientes</li> <li>• <b>Duração da Visita Domiciliária:</b> 1 hora</li> <li>• <b>Horário:</b> Conforme disponibilidade dos clientes</li> <li>• <b>Formadora:</b> Estudante Enfª Mariana Nogueira</li> <li>• <b>Estratégia de Convocação:</b> Telefone</li> <li>• <b>Deslocação:</b> A pé ou na carrinha da USF Tejo</li> </ul> |
| 2. Objetivo geral                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salientar a importância da AF na gestão da diabetes;</li> </ul>   |
| 3. Objetivos Específicos               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembrar o que é a atividade física/ Exercício Físico;</li> <li>• Clarificar os benefícios da atividade física;</li> <li>• Motivar para a prática de atividade física regular;</li> <li>• Instruir sobre exercícios diários que pode realizar no domicílio;</li> <li>• Informar sobre as recomendações para a prática de atividade física;</li> <li>• Informar dos sinais e sintomas a ter em conta para terminar imediatamente a atividade física;</li> <li>• Ajudar a definir objetivos individuais;</li> <li>• Entregar o manual: Mexer para Viver;</li> <li>• Entregar o diário de atividade física;</li> </ul>  |
| 4. Pré-requisito da população alvo     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o diagnóstico de diabetes tipo 2;</li> <li>• Ter idade igual ou superior a 65 anos;</li> <li>• Ser cliente da USF Tejo;</li> <li>• Pertencer à listagem de uma enfermeira em específico;</li> <li>• Ter dificuldade na mobilidade e em deslocar-se à USF Tejo;</li> <li>• Ser residente em Moscavide ou na Portela;</li> <li>• Ser um cliente com avaliação do índice de Barthel “dependente em grau reduzido”;</li> <li>• Ser cliente da USF Tejo;</li> <li>• Aceitar a visita domiciliária após contacto telefónico para agendamento;</li> <li>• Estar no domicílio na hora agendada;</li> </ul>   |
| 5. Materiais e equipamentos a utilizar | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guião para visita domiciliária;</li> <li>• Diário de atividade física;</li> <li>• Folhetos informativos (exercícios que pode fazer em casa; exercício físico no cliente com diabetes);</li> <li>• Manual do projeto “Mexer para Viver”;</li> <li>• Esferográfica;</li> <li>• Questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos;</li> <li>• Questionário de avaliação sobre a visita domiciliária – Escala de likert 5 pontos;</li> </ul>   |

## Planeamento Atividades

Por fim, foi realizado o planeamento dos conteúdos que foram abordados nas visitas domiciliárias, a metodologia, o material necessário e o tempo necessário, de modo a que não haja qualquer falha (ver quadro 11).

**Quadro 11 – Plano das visitas domiciliárias – conteúdos, metodologia, material e tempo**

|                        | Conteúdos   | Metodologia   | Material/ Equipamento  | Tempo   |
|------------------------|---|---|--|---------|
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora</li> <li>- Explicar o que é o projeto “Mexer para Viver”</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método Expositivo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> </ul>  | 5 Min.  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação dos benefícios da AF</li> <li>- Esclarecer a diferença entre o conceito atividade física e exercício físico</li> <li>- Esclarecer o que é a intensidade física</li> <li>- Explicar como se pode determinar a intensidade física</li> <li>- Divulgar as recomendações para a prática de AF</li> <li>- Informar sobre a importância da monitorização da glicémia capilar aquando a AF</li> <li>- Informar sobre quando o diabético deve parar de realizar AF</li> <li>- Referir a importância do aquecimento antes de iniciar a prática de AF</li> <li>- Realização de exercícios diários que poderão realizar em casa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método Expositivo</li> <li>- Método Interrogativo</li> <li>- Método demonstrativo e participativo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> </ul>  | 45 Min. |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese</li> <li>- Discussão</li> <li>- Avaliação</li> <li>- Convívio</li> <li>- Entrega de folhetos</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método expositivo e interrogativo</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador portátil;</li> <li>- Folhetos;</li> <li>- Esferográfica;</li> <li>- Manual Projeto “Mexer para Viver”;</li> <li>- Diário de AF;</li> <li>- Folhetos informativos</li> <li>- Questionário de avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Avaliação da sessão através da escala de likert;</li> </ul> | 10 Min. |

### 2.3.3 Seleção e organização de estratégias de avaliação

Como estratégias de avaliação foram selecionadas: a realização de um questionário de avaliação sobre os assuntos abordados na sessão de educação para a saúde e a utilização da Escala de Likert adaptada acerca da sessão (ver apêndice III e IX).

O questionário de avaliação compreende a avaliação diagnóstica e final, é composto por 18 questões com resposta fechada de “sim”, “não” e “não sei”.

A escala de likert irá avaliar de 1 a 5: os objetivos da visita domiciliária, a metodologia utilizada, os meios auxiliares de ensino utilizados, a transmissão de conteúdos e o tempo da visita domiciliária.

Para além dessa avaliação, as sessões de educação para a saúde foram avaliadas, tendo em consideração os seguintes indicadores de processo e de resultado (ver quadro 12 e 13).

**Quadro 12 – Indicador de processo da atividade 3, visitas domiciliárias**

| Indicador de Processo                           | Construção  | Meta |
|---|---|------|
| Percentagem de visitas domiciliárias realizadas | $\frac{\text{Nº de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº de visitas domiciliárias agendadas}} \times 100$ | 80%  |

**Quadro 13 – Indicador de resultado da atividade 3, visitas domiciliárias**

| Indicador de Resultado   | Construção   | Meta |
|--|--|------|
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias}} \times 100$ | 75%  |
| Percentagem de clientes que utilizou o diário de AF  | $\frac{\text{Nº de clientes que utilizou o diário de AF}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias}} \times 100$   | 40%  |
| Percentagem de clientes que iniciaram a prática de AF  | $\frac{\text{Nº de clientes que iniciou a prática de AF}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias}} \times 100$   | 10%  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

### 2.3.4 Avaliação

Nas visitas domiciliares, a avaliação compreendeu os resultados obtidos nos questionários de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos e as opiniões dos participantes ao longo da sessão de educação para a saúde. Deste modo, houve comparação de resultados e conseguiu-se identificar-se os ganhos em saúde.

Por fim, dever-se-á ainda referir se as metas foram atingidas, apresentando-se os valores percentuais obtidos.

Assim, no quadro 14 apresenta-se o número de clientes presentes nas duas sessões de educação para a saúde.

**Quadro 14 – Contabilização do número de clientes que receberam visitas domiciliares**

|                                      | 1ª Visita Domiciliária | 2ª Visita Domiciliária |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>Clientes agendados</b>            | 25                     | 25                     |
| <b>Clientes que receberam visita</b> | 25                     | 25                     |

A segunda visita domiciliar teve como principal objetivo verificar se os clientes escreveram as atividades físicas que realizaram ao longo dos dias no diário de AF entregue na primeira visita domiciliar. Por outro lado, foram esclarecidas dúvidas e houve reforço dos ensinamentos realizados na primeira visita.

Assim, dos 25 clientes, 14 clientes (56%) escreveram as atividades físicas realizadas ao longo dos dias, tendo desta forma iniciado a prática de AF.

De seguida no quadro 15 apresentam-se as respostas obtidas no questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos que receberam visitas domiciliares.

Assim, obtiveram-se 350 respostas certas (78%), 66 respostas erradas (15%) e 34 respostas que não sabiam (7%).

**Quadro 15 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos que receberam visitas domiciliárias**

| Questões   | Respostas Certas | Respostas Erradas | Não sabe |
|------------|------------------|-------------------|----------|
| Questão 1  | 20               | 0                 | 5        |
| Questão 2  | 21               | 0                 | 4        |
| Questão 3  | 16               | 6                 | 3        |
| Questão 4  | 19               | 6                 | 0        |
| Questão 5  | 17               | 4                 | 4        |
| Questão 6  | 22               | 1                 | 2        |
| Questão 7  | 24               | 1                 | 0        |
| Questão 8  | 23               | 2                 | 0        |
| Questão 9  | 18               | 7                 | 0        |
| Questão 10 | 11               | 8                 | 6        |
| Questão 11 | 20               | 4                 | 1        |
| Questão 12 | 18               | 4                 | 3        |
| Questão 13 | 19               | 4                 | 2        |
| Questão 14 | 22               | 3                 | 0        |
| Questão 15 | 19               | 6                 | 0        |
| Questão 16 | 20               | 4                 | 1        |
| Questão 17 | 22               | 3                 | 0        |
| Questão 18 | 19               | 3                 | 3        |
| Total      | 350              | 66                | 34       |

Posteriormente, apresenta-se de seguida as respostas à avaliação das visitas domiciliárias através da escala de likert de 5 pontos, onde “muito eficaz” corresponde a 5 e “nada eficaz” corresponde a 1.

Assim, como se pode verificar no gráfico 1 em relação ao tempo 60% dos clientes consideraram “pouco”.

## Planeamento Atividades

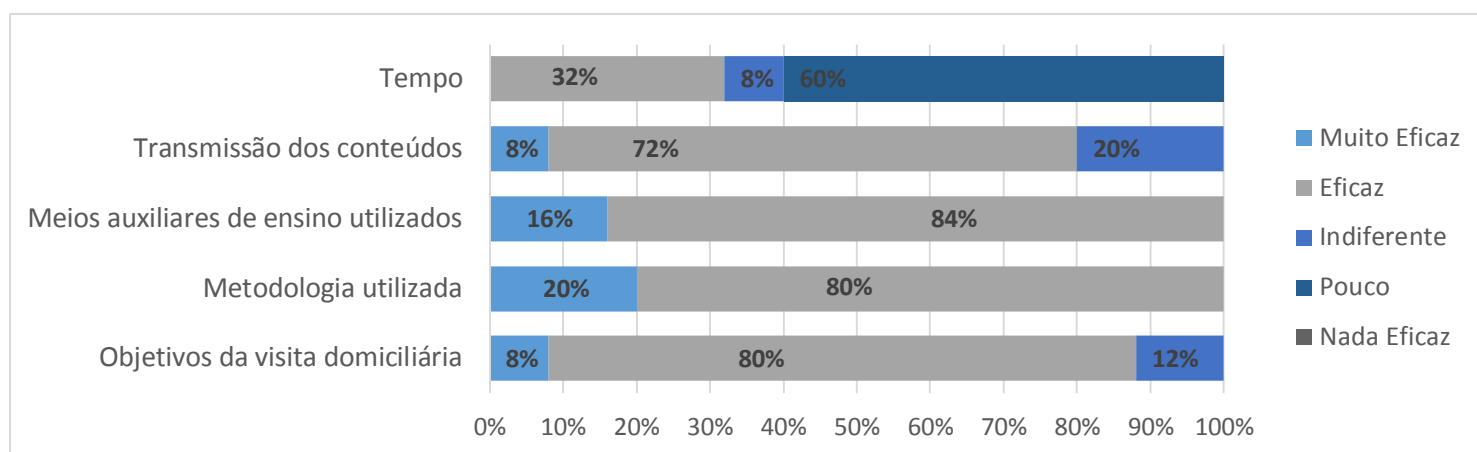
No que diz respeito à transmissão de conteúdos 72% dos clientes consideraram “eficaz”.

No que concerne aos meios auxiliares de ensino utilizados, 84% dos clientes consideraram “eficaz”.

Relativamente à metodologia utilizada 80% dos clientes consideraram “eficaz”.

Por fim no que diz respeito aos objetivos da visita, 80% dos clientes consideram “eficaz”.

**Gráfico 2 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 3 – visitas domiciliárias – Escala de Likert de 5 pontos**



Por outro lado, considerando os indicadores previamente estabelecidos, apresenta-se os resultados obtidos no quadro 16.

## Planeamento Atividades

**Quadro 16 – Indicadores de processo e resultado da atividade 3, visitas domiciliárias**

| Indicador de Processo  | Construção   | Meta | Resultado |
|--|--|------|-----------|
| Percentagem de visitas domiciliárias realizadas  | $\frac{\text{Nº total de visitas domiciliárias realizadas (25)}}{\text{Nº total de visitas domiciliárias agendadas (25)}} \times 100$  | 80%  | 100%      |
| Indicador de Resultado   | Construção   | Meta | Resultado |
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos (20)}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias (25)}} \times 100$ | 75%  | 80%       |
| Percentagem de clientes que utilizou o diário de AF  | $\frac{\text{Nº de clientes que utilizou o diário de AF (14)}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias (25)}} \times 100$   | 40%  | 56%       |
| Percentagem de clientes que iniciaram a prática de AF  | $\frac{\text{Nº de clientes que iniciou a prática de AF (14)}}{\text{Nº de clientes que receberam visitas domiciliárias (25)}} \times 100$   | 10%  | 56%       |

Assim, é de realçar que realizou-se 100% das visitas domiciliárias planeadas.

Por outro lado, o indicador de resultado “percentagem de clientes que adquiriu conhecimentos sobre a importância da prática de AF” foi calculado considerando as respostas certas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos.



## Planeamento Atividades

Relativamente à utilização do diário de AF a sua utilização foi de 56%. É de realçar que foi com sucesso que 56% dos clientes iniciaram a prática de AF.

## **2.4. Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde**

A promoção da saúde é uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida das populações. A educação para a saúde numa ação essencialmente voltada para a promoção da saúde desempenha um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a aquisição de hábitos de vida saudáveis e consequentemente na obtenção de ganhos em saúde. A possibilidade de ocorrerem transformações sobre as condições de vida e de saúde nas comunidades depende do acesso a determinadas formas de conhecimento, e a Educação em Saúde tem um papel significativo face à melhoria das condições de vida e de saúde das populações.

Promoção da Saúde traduz um processo de habilitar as pessoas a aumentarem a sua capacidade de controlo sobre a sua saúde e de a melhorarem para alcançar um completo bem-estar físico, mental e social a nível individual e comunitário - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Assim, promover a saúde significa, não só a um nível individual mas comunitário, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa, não apenas a prevenção das doenças, mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

A definição de promoção da saúde segundo Green e Kreuter (1991) consiste fundamentalmente na combinação de apoios educativos, organizacionais e políticos, para ações e condições de vida que conduzam à saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades, e influenciem os fatores determinantes desta. É um processo que encoraja a um maior controlo a nível pessoal e maior responsabilidade pública, para melhorar ou manter a saúde individual ou coletiva, sendo primordial a Educação para a Saúde.

A sessão de educação para a saúde é uma componente central da promoção da saúde. Assim, a educação para a saúde deve ser considerada como um conjunto de meios que permitem ajudar os indivíduos e os grupos a adotarem comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico. É nesta lógica que a enfermagem assume um papel preponderante ao valorizar a educação para a

saúde na motivação das pessoas a obter informação e a desenvolverem atividades para se manterem em boa saúde, evitando ações nocivas e criando hábitos saudáveis (Green e Kreuter, 1991).

A enfermagem, numa conceção holística da Pessoa, perspetivo o seu global bem-estar físico, mental, espiritual e social, o que é consentâneo com a visão do paradigma da integração (Kérouac, 1994), integrando procedimentos que permitam melhorar a saúde numa visão de Promoção da Saúde em geral, e na Educação para a Saúde em particular.

Os enfermeiros são profissionais de saúde cujas intervenções integram processos educativos, que promovam o auto cuidado do utente. Esta função aponta claramente para a realização de atividades de educação para a saúde. Assim, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar.

Considerando a educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos. Um programa educativo em saúde visa a mudança voluntária de comportamentos a nível individual ou coletivo e tem que ter imperiosamente em conta os fatores comportamentais determinantes da saúde da população, como cultura, crenças, atitudes, incentivos, obstáculos nos quais podemos de alguma maneira exercer a nossa influência.

Porque só se pode compreender aquilo que se conhece, o enfermeiro adapta o seu cuidar à cultura da pessoa cuidada percebendo, no entanto, que o respeito deve ser uma realidade tanto para o indivíduo como para o enfermeiro.

Os diferentes grupos comunitários representam, de forma geral, os interesses, necessidades e valores dos indivíduos que os formam, fornecendo um elo de ligação entre a pessoa e o sistema social em geral. Na intervenção comunitária em grupos devem ser consideradas, não só as necessidades do

grupo no que à saúde diz respeito, mas também as necessidades e perspetivas individuais. Cada pessoa, cada criança e cada família desenvolve, ao longo da sua vida e do seu processo de interação e socialização, um sentimento de pertença ao grupo, o que influencia as suas escolhas, atitudes, valores e comportamentos.

Os grupos funcionam como importantes redes de comunicação e podem inclusive ser encarados como pequenas organizações de partes da comunidade, onde se partilham interesses, ideias e comportamentos. Algumas modificações de comportamentos individuais de saúde seriam impossíveis de realizar sem o apoio da intervenção em grupos porque, na maioria das vezes, estes são responsáveis pelas alterações dos comportamentos que aumentam o bem-estar individual, comunitário e social.

E “Se considerarmos que o ser humano ao longo do seu ciclo se encontra em constante desenvolvimento, experienciando uma multiplicidade de transições, então a enfermagem fornece respostas a essas transições” (Abreu, 2008, p.25). O foco de atenção do enfermeiro deve centrar-se na facilitação das transições, “despoletadas por uma mudança no estado de saúde, no papel no âmbito das relações, nas expectativas ou nas capacidades” (Silva, 2007, p.15).

O código deontológico do enfermeiro refere, no que diz respeito ao dever para com a comunidade, “O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”

Assumindo a educação para a saúde como uma estratégia que conduz a mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar” do indivíduo, família e comunidade, podendo “influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de

competências, e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida, esta é uma atividade fundamental (Tones e Tilford, 1994, p.11).

### **2.4.1. Objetivos Operacionais**

- Que pelo menos 60% dos clientes compareçam em todas as sessões de educação para a saúde;
- Que pelo menos 75% dos clientes adquiram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos;

### **2.4.2. Plano da Sessão de Educação para a Saúde**

Apresenta-se de seguida, o plano das sessões de educação para a saúde.

Assim, foi realizada 1 sessão de educação para a saúde, mas a dois grupos distintos. Deste modo, foram convocados por telefone 15 clientes para cada grupo. A convocação dos clientes teve por base os clientes com diabetes tipo 2 e idade  $\geq$  a 65 anos que demonstraram mais interesse em participar em atividades de grupo, quando abordados sobre o assunto na consulta de enfermagem, bem como aqueles que demonstraram uma maior disponibilidade.

No quadro 17 apresenta-se o plano da sessão de educação para saúde.

## Planeamento Atividades

**Quadro 17 – Plano da sessão de educação para a saúde**

| PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE |   |
|--|---|
| Data de realização:                      | Grupo 1 – 19 de Janeiro de 2017<br>Grupo 2 - 24 de Janeiro de 2017  |
| 1. Identificação da ação                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tema:</b> Promoção da atividade física nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Destinatários:</b> Clientes da USF Tejo com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos.</li> <li>• <b>Local:</b> Sala de Reuniões da USF Tejo</li> <li>• <b>Duração da Sessão:</b> 1 hora</li> <li>• <b>Horário:</b> Das 10h às 11h</li> <li>• <b>Formadora:</b> Estudante Enf<sup>a</sup> Mariana Nogueira</li> <li>• <b>Estratégia de Convocação:</b> Telefone</li> </ul>   |
| 2. Objetivo geral                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salientar a importância da AF na gestão da diabetes;</li> </ul>  |
| 3. Objetivos Específicos                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembrar o que é a atividade física/ Exercício Físico;</li> <li>• Clarificar os benefícios da atividade física;</li> <li>• Motivar para a prática de atividade física regular;</li> <li>• Instruir sobre exercícios diários que pode realizar no domicílio;</li> <li>• Informar sobre as recomendações para a prática de atividade física;</li> <li>• Informar dos sinais e sintomas a ter em conta para terminar imediatamente a atividade física;</li> <li>• Ajudar a definir objetivos individuais;</li> <li>• Entregar o manual: Mexer para Viver;</li> <li>• Entregar o diário de atividade física;</li> </ul> |
| 4. Pré-requisito                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o diagnóstico de diabetes tipo 2;</li> <li>• Ter idade igual ou superior a 65 anos;</li> <li>• Ser cliente da USF Tejo;</li> <li>• Pertencer à listagem de uma enfermeira em específico;</li> <li>• Comparecer nos dias estipulados para as sessões de educação para a saúde;</li> </ul>  |
| 5. Materiais e equipamentos a utilizar   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala</li> <li>• Computador Portátil</li> <li>• Projetor Multimédia</li> </ul>  |

## Planeamento Atividades

|  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolachas “Marinheiras”</li> <li>• Pêras</li> <li>• Diário de AF</li> <li>• Manual do Projeto Mexer para Viver</li> <li>• Folhetos informativos (Exercício físico no utente com diabetes; exercícios que pode fazer em casa)</li> </ul> |
|--|---|

Por fim, importa planear que conteúdos serão abordados na sessão de educação para a saúde, o material necessário para a sessão e o tempo que é necessário para a realização da sessão, de modo a que não haja qualquer falha (ver quadro 18). Ver também apresentação de *powerpoint* no apêndice II.

**Quadro 18 – Plano da sessão de educação para a saúde – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo**

|                        | <b>Conteúdos</b>  | <b>Metodologia</b>  | <b>Material/ Equipamento</b>   | <b>Tempo</b> |
|------------------------|---|---|--|--------------|
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da formadora</li> <li>- Explicar o que é o projeto</li> <li>- Mexer para Viver”</li> </ul>  | - Método Expositivo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> <li>- Projetor multimédia</li> </ul> | 5 Min.       |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Divulgação dos benefícios da AF</li> <li>- Esclarecer a diferença entre o conceito atividade física e exercício físico</li> <li>- Esclarecer o que é a intensidade física</li> <li>- Explicar como se pode determinar a intensidade física</li> <li>- Divulgar as recomendações para a prática de AF</li> <li>- Informar sobre a importância da monitorização da glicémia capilar aquando a AF</li> <li>- Informar sobre quando o diabético deve parar de realizar AF</li> <li>- Referir a importância do aquecimento antes de iniciar a prática de AF</li> <li>- Realização de exercícios diários que poderão realizar em casa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método Expositivo</li> <li>- Método Interrogativo</li> <li>- Método demonstrativo e participativo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> <li>- Projetor Multimédia</li> </ul> | 45 Min.      |

## Planeamento Atividades

|                  |  |                                     |   |         |
|------------------|--|-------------------------------------|---|---------|
| <b>Conclusão</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese da sessão</li> <li>- Discussão</li> <li>- Avaliação</li> <li>- Convívio</li> <li>- Entrega de folhetos</li> </ul> | - Método expositivo e interrogativo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador portátil;</li> <li>- Projetor Multimédia;</li> <li>- Bolachas “Marinheiras”;</li> <li>- Pêras;</li> <li>- Folhetos;</li> <li>- Questionário de avaliação de conhecimentos;</li> <li>- Avaliação da sessão através da escala de likert;</li> </ul> | 10 Min. |
|------------------|--|-------------------------------------|---|---------|

### 2.4.4 Seleção e organização de estratégias de avaliação

Como estratégias de avaliação foram selecionadas: a realização de um questionário de avaliação sobre os assuntos abordados na sessão de educação para a saúde, a utilização da Escala de Likert adaptada acerca da sessão e o registo pós-observação efetuado pelo formador.

O questionário de avaliação compreende a avaliação diagnóstica e final, é composto por 18 questões com resposta fechada de “sim”, “não” e “não sei”.

A escala de likert irá avaliar de 1 a 5: os objetivos da sessão, a metodologia utilizada, os meios auxiliares de ensino utilizados, a transmissão de conteúdos e o tempo de sessão (ver apêndice X).

Para além dessa avaliação, as sessões de educação para a saúde foram avaliadas, tendo em consideração os seguintes indicadores de processo e de resultado (ver quadro 19 e 20).

**Quadro 19 – Indicador de processo da atividade 1, sessão de educação para a saúde**

| Indicador de Processo  | Construção   | Meta |
|--|--|------|
| Percentagem de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde | $\frac{\text{Nº de clientes que participaram nas sessões de educação para a saúde}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença nas sessões de educação para a saúde}} \times 100$ | 60%  |



**Quadro 20 – Indicador de resultado da atividade 1, sessão de educação para a saúde**

| Indicador de Resultado   | Construção   | Meta |
|--|--|------|
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos}}{\text{Nº de clientes que compareceram nas sessões de educação para a saúde}} \times 100$ | 75%  |

### 2.4.5 Avaliação

Nas sessões de educação para a saúde, a avaliação compreendeu os resultados obtidos nos questionários de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos e as opiniões dos participantes ao longo da sessão de educação para a saúde. Deste modo, houve comparação de resultados e conseguiu-se identificar-se os ganhos em saúde.

Por fim, dever-se-á ainda referir se as metas foram atingidas, apresentando-se os valores percentuais obtidos.

Assim, no quadro 21 apresenta o número de clientes presentes nas duas sessões de educação para a saúde.

**Quadro 21 – Contabilização do número de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde.**

|                                    | SESSÃO 1 | SESSÃO 2 |
|------------------------------------|----------|----------|
| <b>Clientes Convocados</b>         | 15       | 15       |
| <b>Clientes Presentes</b>          | 12       | 10       |
| <b>Total de Clientes presentes</b> | 22       |          |

De seguida apresenta-se as respostas obtidas no questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos presentes nas sessões de educação para a saúde.

## Planeamento Atividades

Assim, obtiveram-se 329 respostas certas (83%), 62 respostas erradas (16%) e 5 respostas que não sabiam (1%).

**Quadro 22 – Contabilização das respostas ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos diabéticos, nas sessões de educação para a saúde**

| Questões   | Respostas Certas | Respostas Erradas | Não sabe |
|------------|------------------|-------------------|----------|
| Questão 1  | 20               | 2                 | 0        |
| Questão 2  | 16               | 6                 | 0        |
| Questão 3  | 20               | 2                 | 0        |
| Questão 4  | 19               | 3                 | 0        |
| Questão 5  | 18               | 4                 | 0        |
| Questão 6  | 22               | 0                 | 0        |
| Questão 7  | 21               | 1                 | 0        |
| Questão 8  | 20               | 2                 | 0        |
| Questão 9  | 15               | 7                 | 0        |
| Questão 10 | 12               | 5                 | 5        |
| Questão 11 | 22               | 0                 | 0        |
| Questão 12 | 14               | 8                 | 0        |
| Questão 13 | 13               | 9                 | 0        |
| Questão 14 | 22               | 0                 | 0        |
| Questão 15 | 16               | 6                 | 0        |
| Questão 16 | 18               | 4                 | 0        |
| Questão 17 | 22               | 0                 | 0        |
| Questão 18 | 19               | 3                 | 0        |
| Total      | 329              | 62                | 5        |

## Planeamento Atividades

Posteriormente, apresenta-se de seguida as respostas à avaliação da sessão de educação para saúde através da escala de likert de 5 pontos, onde “muito eficaz” corresponde a 5 e “nada eficaz” corresponde a 1 (ver gráfico 3).

Assim, como se pode verificar no gráfico 1 em relação ao tempo 77% dos clientes consideraram “eficaz”.

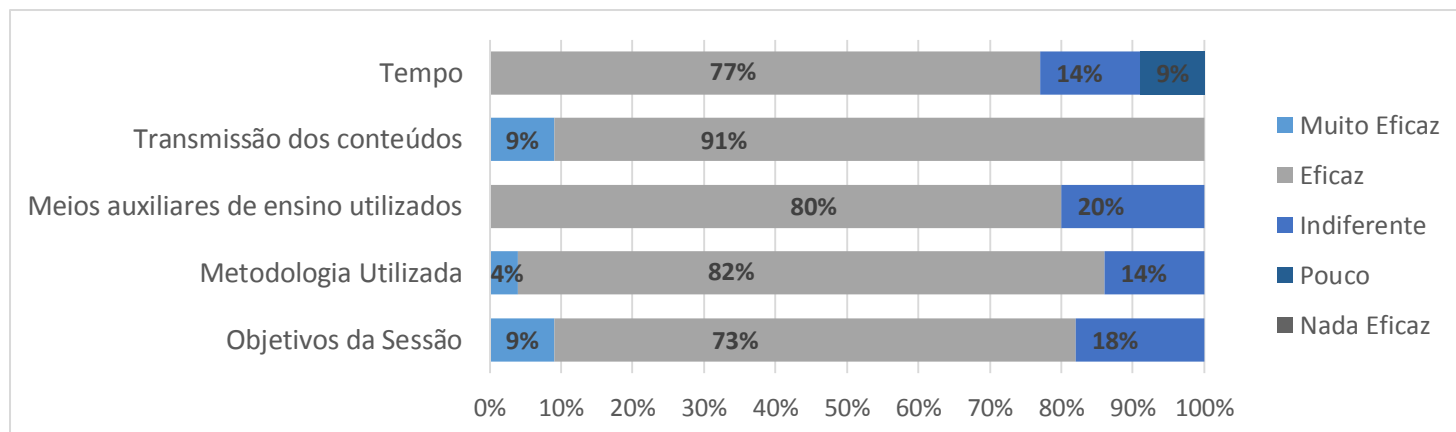
No que diz respeito à transmissão de conteúdos 91% dos clientes consideraram “eficaz”.

No que concerne aos meios auxiliares de ensino utilizados, 80% dos clientes consideraram “eficaz”.

Relativamente à metodologia utilizada 82% dos clientes consideraram “eficaz”.

Por fim no que diz respeito aos objetivos da sessão, 73% dos clientes consideram “eficaz”.

**Gráfico 3 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 4 – sessões de educação para a saúde – Escala de Likert de 5 pontos**



Considerando os indicadores previamente estabelecidos, apresenta-se os resultados obtidos no quadro seguinte.

## Planeamento Atividades

**Quadro 23 – Indicadores de avaliação e resultados da atividade 4, sessão de educação para a saúde**

| Indicador de Processo  | Construção   | Meta | Resultado |
|--|--|------|-----------|
| Percentagem de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde                                   | $\frac{\text{Nº de clientes que participaram nas sessões de educação para a saúde (22)}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença nas sessões de educação para a saúde (30)}} \times 100$   | 60%  | 73%       |
| Indicador de Resultado   | Construção   | Meta | Resultado |
| Percentagem de clientes que adquiriram conhecimentos sobre a importância da prática de AF nos diabéticos | $\frac{\text{Nº de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a importância da AF nos diabéticos (18)}}{\text{Nº de clientes que compareceram nas sessões de educação para a saúde (22)}} \times 100$ | 75%  | 82%       |

Desta forma, o indicador de resultado foi calculado considerando as respostas certas dos questionários de avaliação.

Realça-se ainda que os clientes referiram, quer no momento de convívio, que no final da sessão, o agrado por terem sido convocados, manifestando interesse pelos temas abordados e por este tipo de atividades.

Por fim, é de referir que apesar do indicador de processo “Percentagem de clientes presentes na sessão de educação para a saúde” ter sido atingido, 37% dos clientes convocados não compareceram. Este facto demonstra a necessidade de outras atividades para se alcançar a totalidade da população-alvo, como a convocação para a consulta de enfermagem ou o recurso a visita domiciliária (as atividades 2 e 3 que também foram delimitadas).

## **2.5. Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo**

A elaboração de um projeto de intervenção de saúde comunitária é um processo complexo. A sua implementação a longo prazo implica colaboração entre os vários profissionais que compõem a unidade de saúde.

Como nos diz Miranda (2010, p.31):

“ a formação em contexto clínico deve conter em si o manancial de saberes que satisfaçam as necessidades de organização (por extensão do serviço), dos profissionais e dos utilizadores (indivíduo, famílias e comunidade), pelo que deverá ser entendida numa tripla vertente de saberes: saber (dimensão cognitiva), saber fazer (dimensão operativa/técnica) e saber ser e estar (dimensão ética e relacional); para tal, a articulação de ser transversal e ter um carácter evolutivo”

Por outro lado, o mesmo autor, citando Amiguinho (1992) e Carvalho (1996) considera a importância da formação em contexto clínico pela necessidade de aprender competências e partilhar saberes que, transpostos para o espaço do cuidar, possam resultar numa mais-valia para o profissional de saúde e para o cliente.

Assim, torna-se fundamental apresentar os resultados obtidos com a implementação do projeto, aos profissionais de saúde da USF Tejo, permitindo que estes, estando na posse dos conhecimentos necessários, possam dar continuidade ao projeto na USF Tejo. Acima de tudo, e como dizem Imperatori & Geraldès (1993), há que evitar intervenções isoladas.

Desta forma, foi planeado a realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo.

### **2.5.1. Objetivos Operacionais**

- Que pelo menos 50% dos elementos da equipa da USF Tejo sejam sensibilizados para dar continuidade ao projeto de intervenção na comunidade, que foi realizado;

### 2.5.2. Plano da Sessão de Sensibilização e apresentação do projeto de intervenção de saúde comunitária

Apresenta-se de seguida, o plano da sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção de saúde comunitária (ver quadro 24).

Assim, foi realizada uma única sessão, tendo como alvo a equipa da USF Tejo.

**Quadro 24 – Plano da sessão de sensibilização e apresentação do projeto de saúde comunitária à equipa da USF Tejo**

| <b>PLANO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO E<br/>APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE COMUNITÁRIA À EQUIPA DA USF TEJO</b> |  |
|--|--|
| Data de realização:  | 1 de Fevereiro de 2017   |
| 1. Identificação da ação   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tema:</b> Apresentação do Projeto de Saúde Comunitária</li> <li>• <b>Destinatários:</b> Equipa da USF Tejo (23 elementos)</li> <li>• <b>Local:</b> Sala de Reuniões da USF Tejo</li> <li>• <b>Duração da Sessão:</b> 45 minutos</li> <li>• <b>Horário:</b> Das 16h às 17h</li> <li>• <b>Formadora:</b> Estudante Enf<sup>a</sup> Mariana Nogueira</li> <li>• <b>Estratégia de Convocação:</b> Convite (ver anexo VII)</li> </ul> |
| 2. Objetivo geral  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar a equipa da USF Tejo para dar continuidade ao projeto de saúde comunitária;</li> </ul>   |
| 3. Objetivos Específicos   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre a metodologia do projeto;</li> <li>• Demonstrar as etapas do projeto;</li> <li>• Demonstrar a pertinência da intervenção;</li> <li>• Demonstrar a contextualização do projeto;</li> <li>• Explicar as estratégias utilizadas, bem como as respetivas atividades;</li> <li>• Demonstrar os resultados dos indicadores;</li> <li>• Demonstrar os ganhos em saúde;</li> </ul>   |
| 4. Pré-requisito   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertencer à equipa da USF Tejo</li> </ul>   |
| 5. Materiais e equipamentos a utilizar   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sala</li> <li>• Computador Portátil</li> <li>• Projetor Multimédia</li> </ul>   |

## Planeamento Atividades

Por fim, importa planear que conteúdos serão abordados na sessão de sensibilização, o material necessário para a sessão e o tempo que é necessário para a realização da sessão, de modo a que não haja qualquer falha (ver quadro 25). Ver também apresentação de *powerpoint* no apêndice VIII.

**Quadro 25 – Plano da sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário – Conteúdos, Metodologia, Material e Tempo**

|                        | Conteúdos   | Metodologia         | Material/ Equipamento  | Tempo   |
|------------------------|---|---------------------|--|---------|
| <b>Introdução</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Título Projeto</li> <li>-Autor e Orientadoras</li> <li>-Contexto onde decorre o projeto</li> <li>-Finalidade</li> <li>-Objetivo Geral</li> <li>-Objetivo Específico</li> </ul>   | - Método Expositivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> <li>- Projetor multimédia</li> </ul>   | 5 Min.  |
| <b>Desenvolvimento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologia – Etapas do Planeamento em saúde</li> <li>- Pertinência da Intervenção</li> <li>- Contextualização – <i>Scoping Review</i></li> <li>- Diagnóstico de Situação</li> <li>- Problemas Identificados</li> <li>-Definição de Prioridades: Análise Método Hanlon</li> <li>- Objetivos Operacionais</li> <li>- Estratégias</li> <li>-Atividades</li> <li>- Avaliação</li> <li>- Indicadores de Processo</li> <li>-Indicadores de Resultado</li> </ul> | - Método Expositivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador Portátil</li> <li>- Projetor Multimédia</li> </ul>   | 30 Min. |
| <b>Conclusão</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese da sessão</li> <li>- Discussão</li> <li>- Avaliação da Sessão</li> </ul>   | - Método expositivo | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador portátil;</li> <li>- Projetor Multimédia;</li> <li>- Avaliação da sessão através da escala de likert;</li> </ul> | 10 Min. |

### 2.5.3. Seleção e organização de estratégias de avaliação

Como estratégia de avaliação foi selecionado, o questionário de avaliação de atividades, através de uma escala de likert de cinco pontos, onde foi avaliado: os objetivos da sessão, a metodologia utilizada, os meios auxiliares de ensino utilizados, a transmissão de conteúdos e o tempo de sessão (ver apêndice III e IX).

Por outro lado, de modo a perceber se os elementos da equipa da USF Tejo dariam ou não continuidade ao projeto de intervenção comunitário, foi colocada uma pergunta no fim do questionário de avaliação: Continuaria a implementação do projeto de saúde comunitária na USF Tejo?

Deste modo, os elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão responderam “sim” ou “não”.

Para além dessa avaliação, a sessão de educação para a saúde foi avaliada tendo em consideração os seguintes indicadores de processo e de resultado (ver quadro 26 e 27).

**Quadro 26 – Indicador de processo da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário**

| Indicador de Processo   | Construção  | Meta |
|---|---|------|
| Percentagem de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário}}{\text{Nº de elementos da USF Tejo}} \times 100$ | 60%  |



**Quadro 27 – Indicador de resultado da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário**

| Indicador de Resultado  | Construção   | Meta |
|---|--|------|
| Percentagem de elementos da equipa da USF Tejo que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo que responderam que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário}}{\text{Nº de elementos presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário}} \times 100$ | 40%  |

#### 2.5.4. Avaliação

Na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário, a avaliação compreende as respostas dadas pelos elementos da equipa da USF Tejo ao questionário de avaliação de atividade – Escala de likert de 5 pontos e a resposta à pergunta: Continuará a implementação do projeto de saúde comunitária na USF Tejo?

Por fim, dever-se-á ainda referir se as metas foram atingidas, apresentando os valores percentuais obtidos.

Assim, o quadro 28 apresenta o número elementos da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário.

**Quadro 28 – Contabilização do número de elementos da equipa USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário**

|  | FREQUÊNCIA (N) | PERCENTAGEM (%) |
|--|----------------|-----------------|
| <b>Elementos da equipa da USF Tejo convidados</b>          | 23             | 100%            |
| <b>Elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão</b> | 19             | 83%             |

## Planeamento Atividades

Posteriormente, apresenta-se de seguida as respostas à avaliação da sessão através da escala de likert de 5 pontos, onde “muito eficaz” corresponde a 5 e “nada eficaz” corresponde a 1.

Assim, como se pode verificar no gráfico 1 em relação ao tempo 100% dos elementos consideraram “eficaz”.

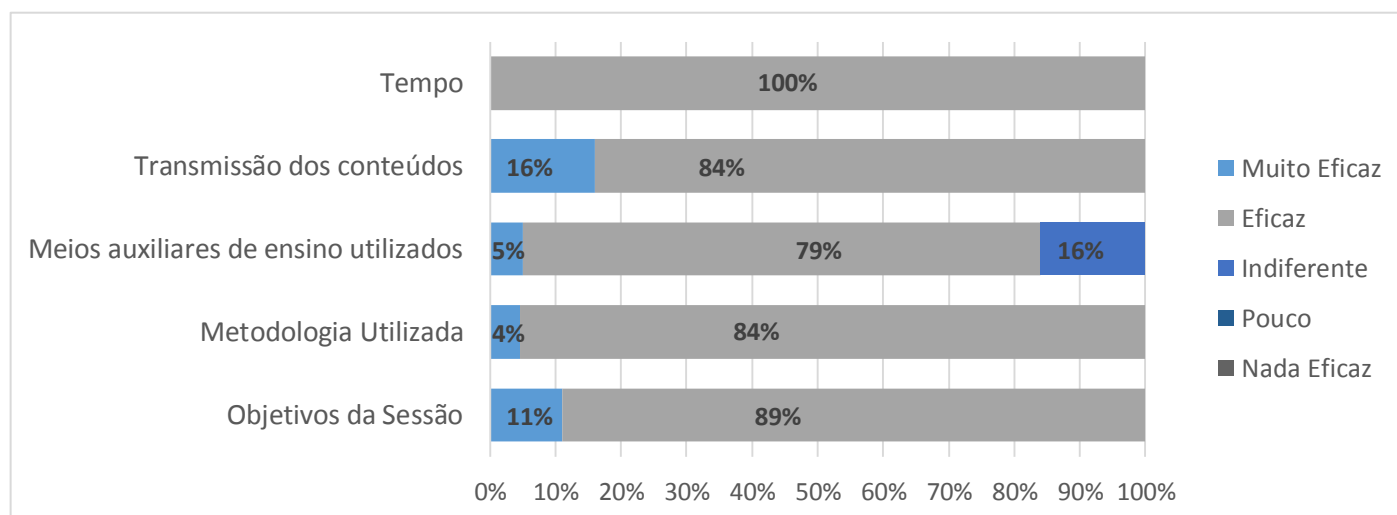
No que diz respeito à transmissão de conteúdos 84% dos elementos consideraram “eficaz”.

No que concerne aos meios auxiliares de ensino utilizados, 79% dos clientes consideraram “eficaz”.

Relativamente à metodologia utilizada 84% dos clientes consideraram “eficaz”.

Por fim no que diz respeito aos objetivos da sessão, 89% dos clientes consideram “eficaz”.

**Gráfico 4 – Distribuição das respostas dos clientes em relação à avaliação da atividade 5 – sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário – Escala de Likert de 5 pontos**



Por outro lado, relativamente às respostas à pergunta “Continuaria a implementação do projeto de saúde comunitária na USF Tejo?”, observando o quadro 29 verifica-se que 74% dos elementos responderam que “sim”, enquanto 26% dos elementos responderam que “não”.

## Planeamento Atividades

**Quadro 29 – Respostas dos elementos da equipa USF Tejo à pergunta: Continuará a implementação do projeto de saúde comunitária na USF Tejo?**

|            | FREQUÊNCIA (N) | PERCENTAGEM (%) |
|------------|----------------|-----------------|
| <b>Sim</b> | 14             | 74%             |
| <b>Não</b> | 5              | 26%             |

Considerando os indicadores previamente estabelecidos, apresenta-se os resultados obtidos no quadro seguinte.

**Quadro 30 – Indicadores de avaliação e resultados da atividade 5, sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário**

| Indicador de Processo   | Construção   | Meta | Resultado |
|---|--|------|-----------|
| Percentagem de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário (19)}}{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo (23)}} \times 100$  | 60%  | 83%       |
| Indicador de Resultado  | Construção   | Meta | Resultado |
| Percentagem de elementos da equipa da USF Tejo que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário                       | $\frac{\text{Nº de elementos da equipa da USF Tejo que responderam que pretendem dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário (14)}}{\text{Nº de elementos presentes na sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção comunitário (19)}} \times 100$ | 40%  | 74%       |

Desta forma, as metas foram atingidas.

### 3. CONCLUSÃO

O sucesso na utilização das atividades dependerá do seu planeamento, o qual permitirá detetar previamente as necessidades e possíveis dificuldades que poderão surgir, bem como antecipar soluções. Assim, uma planificação rigorosa poderá evitar falhas na implementação.

Assim, a concretização de folhetos informativos e material de apoio ao projeto foi essencial para a divulgação e retenção da informação, pelo que a concretização desta atividade foi essencial para complementar as restantes atividades.

Por outro lado, a realização de consultas de enfermagem para promoção da AF é sem dúvida um espaço de materialização da autonomia e visibilidade profissional. A consulta de enfermagem é bastante importante, pois promove mudanças abrangentes e significativas.

As VD's assumem-se como uma estratégia essencial na prestação de cuidados de saúde, ao permitir um contacto mais próximo com o cliente no seu ambiente familiar, o que possibilitará ao enfermeiro observar as reais necessidades e recursos da pessoa e família, integrando-as no planeamento dos cuidados, adaptando-se à realidade e seleccionando as intervenções mais adequadas. Neste contexto, as VD's apresenta ainda a vantagem de permitir estabelecer contacto com os clientes que não utilizam habitualmente os cuidados de saúde que lhe são disponibilizados, aumentando a possibilidade de o fazerem ao receberem informação sobre os mesmos, no seu domicílio.

Por outro lado, as sessões de educação para a saúde é uma componente central da Educação para a Saúde. Esta deve ser considerada como um conjunto de meios que permitem ajudar os indivíduos e os grupos a adotarem comportamentos favoráveis à saúde, reforçando que ela não é um fim em si mesmo, mas constitui-se num processo dinâmico.

Não obstante, torna-se fundamental apresentar os resultados obtidos com a implementação do projeto, aos profissionais de saúde da USF Tejo- A última atividade foi bastante importante pois permitiu que os elementos da USF Tejo estando na posse dos conhecimentos necessários, possam dar continuidade ao projeto.

Assim, todos os indicadores de avaliação foram atingidos, o que demonstra o sucesso da intervenção realizada. Desta forma, 85% dos clientes adquiriram conhecimentos sobre a importância da atividade física nos diabéticos, 56% dos clientes com alterações na mobilidade iniciaram a prática de atividade física e 74% dos elementos da equipa da USF Tejo pretende dar continuidade ao projeto de intervenção comunitário.

Por outro lado, ao responder ao questionário de avaliação das atividades, tanto os clientes, como os elementos da equipa da USF Tejo demonstraram-se satisfeitos com os objetivos, a metodologia, os meios auxiliares de ensino, a transmissão de conteúdos e o tempo das respetivas atividades.

Os esforços na Educação para a Saúde devem ser encarados numa perspetiva de cidadania, em que todos os cidadãos têm um papel a desempenhar, mas é consensual que os enfermeiros devem assumir um papel de relevo.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, desenvolve um entendimento profundo sobre as respostas dos indivíduos aos processos de vida e aos problemas de Saúde, e uma enorme capacidade para responder de forma apropriada dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, W. (2008). Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. Coimbra: Formação.
- Ars Norte, I. P. (2009) Perfil local de saúde 2009: Região Norte. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P.,
- Ars Norte, I. P. (2009). Perfil local de saúde 2009: ULS Matosinhos [em linha]. Porto: Departamento de Saúde Pública da ARS Norte, I.P.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2000). Norma: Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus. Lisboa: Ministério da Saúde. 9.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Garrote, J. (2005). La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Rev Mult Gerontol.* 15 (1). 16-22. [Consult. 22 Dez. 2011]. Disponível na WWW:<URL:  
<http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/geronto1.pdf>.
- Glick, D.; Stanhope, M. (2011). Gestão de Programas. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Green, L.W.; Kreuter, M. W. (1991). Health Promotion Planning – An educational and environmental approach. 2ª ed. United States of America: Mayfield Publishing Company.
- Hespanhol, I. (2009). O Principio da precaução e recarga gerenciada de aquíferos. *In receiving Waters.* 22 (10). 597-707-

- Imperatori, E & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Kaakinen,; Birenbaum, L. (2011). Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família. In STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. 7ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Kérouac, S.*et al.* (1994). La Pensée Infirmière: Concepts et Strategies. Québec: Maloine.
- Leitão, M.; Freitas, J. (2007). Apoio domiciliário interdisciplinar integrado. Funchal: [s.n.]. Relatório de dissertação.
- Ministério da Saúde. (1999). Glossário. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Miranda, A. J. A. (2010). Formação na Prática Clínica de Enfermagem: Os Saberes do Cuidar. Lisboa.
- Rivzi, A.; Sanders, M. (2009). .Assessment and monitoring of glycemic control in primary diabetes care: monitoring techniques, record keeping, meter downloads, tests of average glycemia, and point-of-care evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.
- Sousa, M. (2008). Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Fortaleza. 21 (4). 281-289.
- Stanhope, M. ; Lancaster, J. (2011) – Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª ed. Lisboa: Lusociência.

## Planeamento Atividades

Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2ª ed.  
Lisboa: Ministério da Saúde.

Tones, K.; TILFORD, S. (1994). Health education. Effectiveness, efficiency and equity. London: Chapman and Hall.



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Cronograma das atividades realizadas**

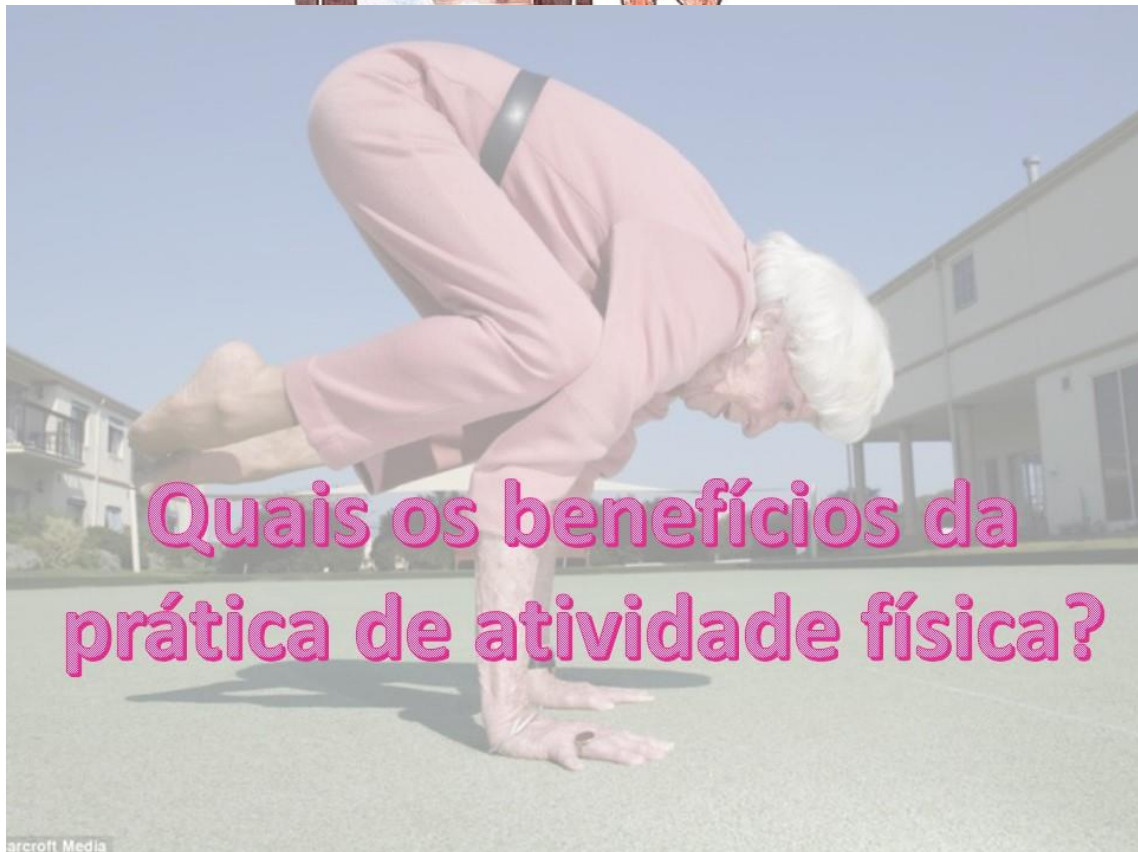
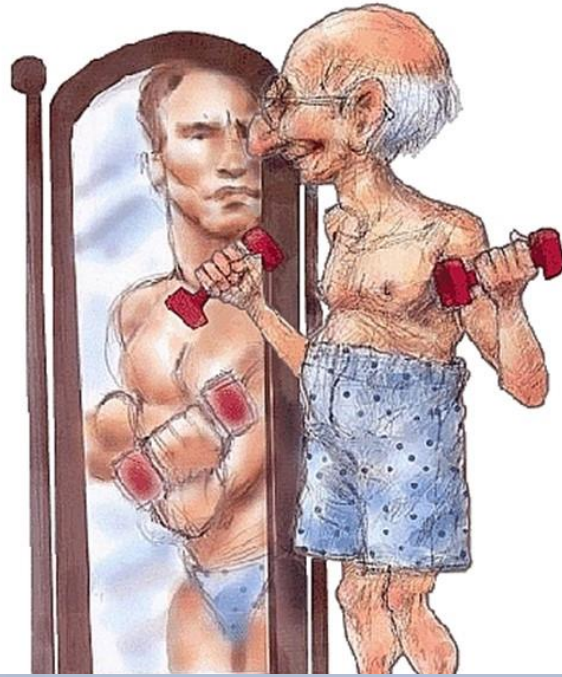
Planeamento Atividades

| Anos   |     | 2016    |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    | 2017 |         |    |    |           |    |    |
|--|-----|---------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----------|----|------|---------|----|----|-----------|----|----|
| Meses  | Set | Outubro |    |    |    |    | Novembro |    |    |    |    | Dezembro |    |      | Janeiro |    |    | Fevereiro |    |    |
| Dias   | 26  | 3       | 10 | 17 | 24 | 31 | 7        | 14 | 21 | 28 | 5  | 12       | 19 |      | 3       | 9  | 16 | 23        | 30 | 6  |
|  | 30  | 7       | 14 | 21 | 28 | 4  | 11       | 18 | 25 | 2  | 9  | 16       |    | 2    | 6       | 13 | 20 | 27        | 3  | 10 |
| Semana   | 1   | 2       | 3  | 4  | 5  | 6  | 7        | 8  | 9  | 10 | 11 | 12       | 13 | 14   | 15      | 16 | 17 | 18        | 19 | 20 |
| Elaboração de folhetos informativos  |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Distribuição de folhetos informativos  |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Convocação para a consulta de enfermagem de vigilância da diabetes   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Consulta de enfermagem para vigilância da diabetes   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Convocação para as visitas domiciliárias   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Visitas Domiciliárias  |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Convocação para sessões de Educação para a Saúde sobre a prática de atividade física   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| 1ª Ação de Educação para a saúde   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| 2ª Ação de Educação para a saúde   |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |
| Convidar a equipa de Enfermagem da USF Tejo para a sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade |     |         |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |      |         |    |    |           |    |    |

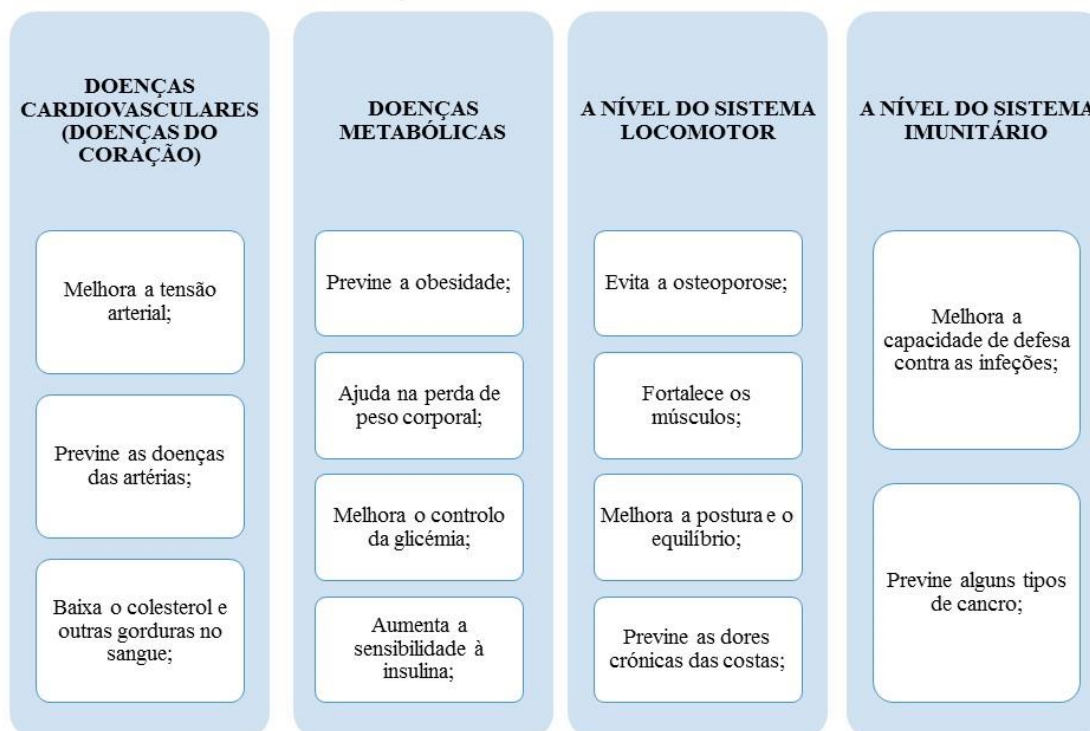
**APÊNDICE II** – Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Educação para a Saúde



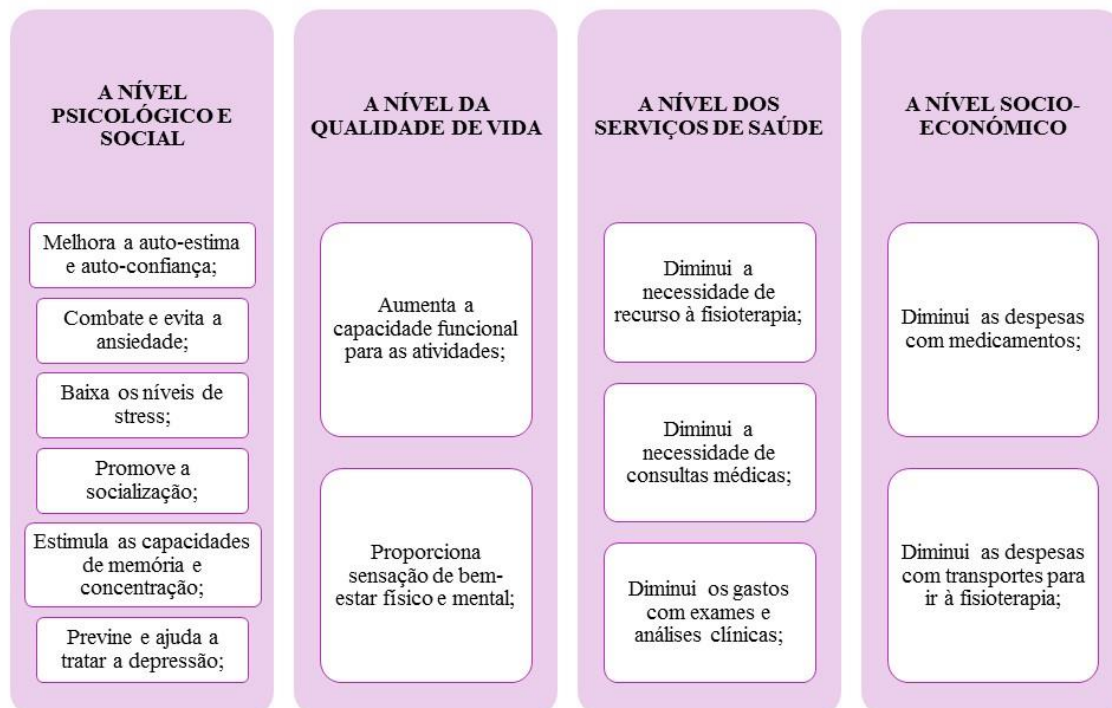
- ☐ Sente que devia começar a praticar atividade física?
- ☐ Não tem motivação para começar a praticar?
- ☐ Acha-se demasiado cansado para fazê-lo?
- ☐ Tem dúvidas sobre a atividade física?
- ☐ Acha que em grupo conseguia praticar?
- ☐ O que sabe sobre a atividade física?
- ☐ Tem problemas de mobilidade e é por isso que não realiza nenhuma atividade física?



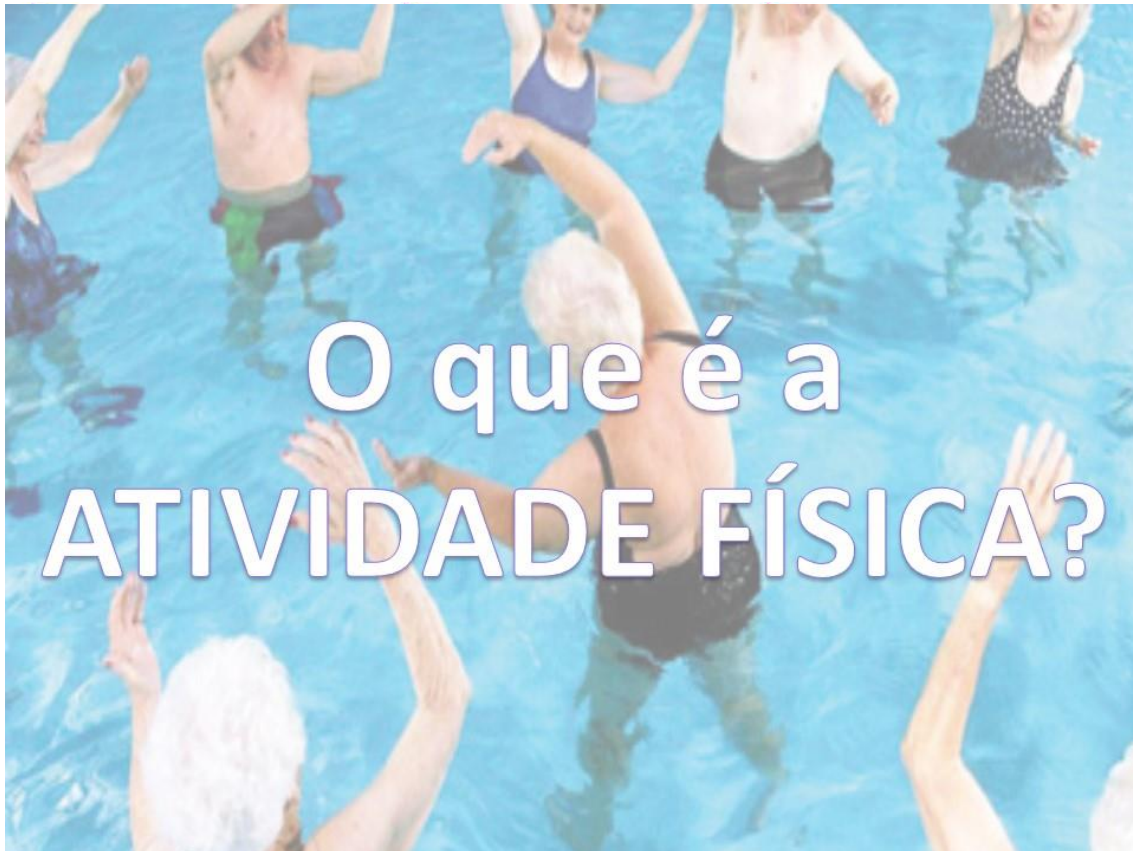
## Benefícios da prática de atividade física



## Benefícios da prática de atividade física







A atividade física é qualquer movimento do corpo ou qualquer contração dos músculos que precise energia para acontecer.

A Atividade física é essencial para o envelhecimento saudável.

A atividade física regular é uma das coisas mais importantes que pode fazer para manter ou melhorar a sua saúde.





## Atividade Física



**JARDINAGEM**



**BRICOLAGE**



**LIDA DA CASA**



**IR ÀS COMPRAS**



**CARREGAR  
SACOS**



**PASSEAR**



**SUBIR ESCADAS**



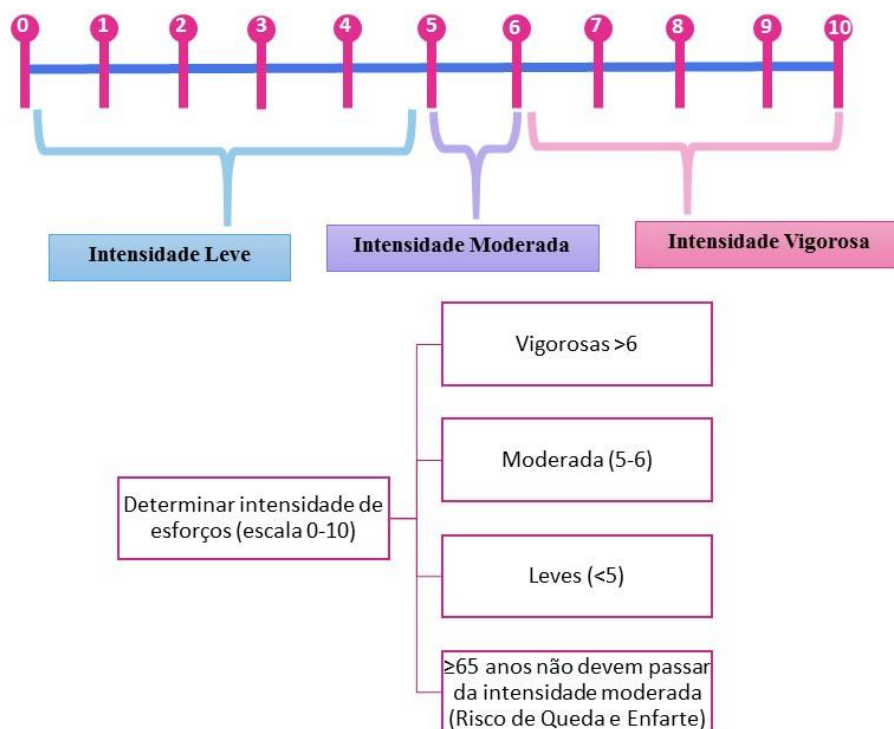
**ANDAR A PÉ**



A intensidade física reflete a velocidade em que a atividade ocorre, ou a quantidade de esforço necessária para executar um exercício ou atividade e, varia de uma pessoa para outra.

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Atividades Físicas Vigorosas</b><br>Requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante. | <b>Atividades Físicas Moderadas</b><br>Requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal; | <b>Atividades Físicas Leves</b><br>Requerem esforço físico leve e altera muito pouco a respiração. | <b>Atividades Sedentárias</b><br>Não requerem qualquer esforço físico. |
| Nadar  | Jardinagem  | Cozinhar   | Estar sentado  |
| Correr (5,5km/h)   | Aspirar   | Fazer a cama   | Estar deitado  |
| Ginástica aeróbica/step  | Subir escadas   | Lavar a loiça  | Ver televisão  |
| Futebol  | Hidroginástica  | Marcha lenta (<4km/h)  | Trabalhar com o computador   |
|                                   | Marcha rápida (>4km/h)<br>Golfe<br>          |                |  |

## Como determinar a intensidade física?





O Exercício Físico é qualquer atividade física que seja planeada, estruturada e repetida, com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física.



EXERCÍCIO FÍSICO



**CAMINHADAS  
PROGRAMADAS**



**HIDROGINÁSTICA**



**GINÁSIO**



**BICICLETA**



**CORRER**



**NADAR**



**GINÁSTICA  
AERÓBICA**

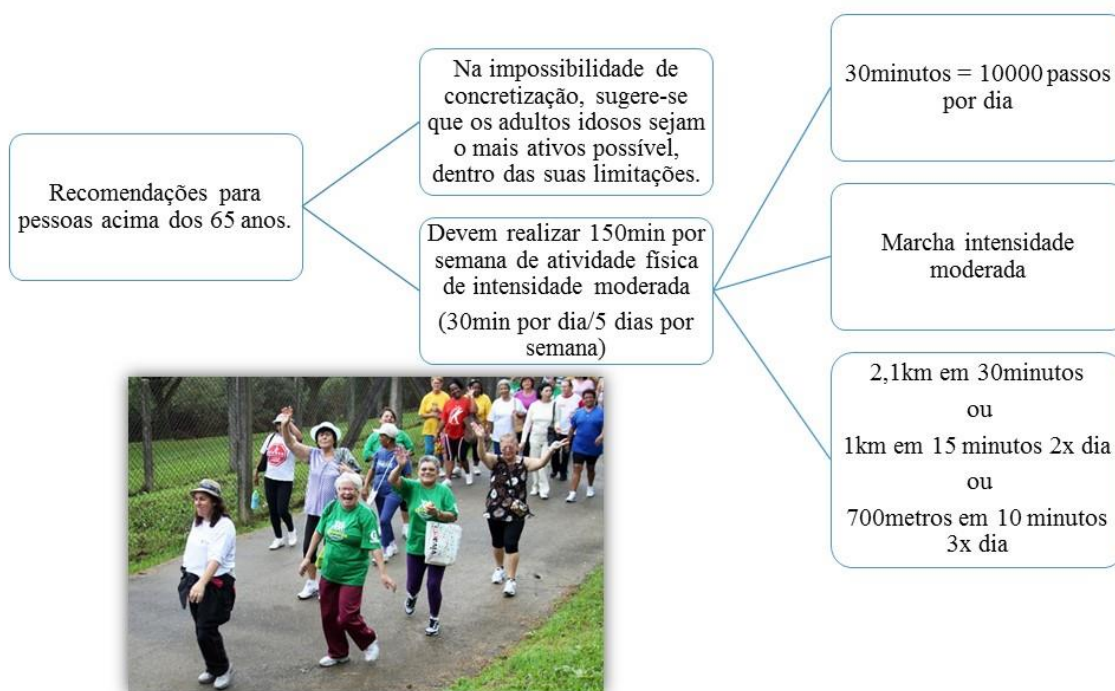


**REMAR**



**DANÇA**

## Recomendações para a prática de atividade física



### Recomendações básicas para a prática de atividade física

Alimente-se e hidrate-se antes do exercício.

Praticar atividade física adequada às duas capacidades.

Ir aumentando progressivamente o tempo de atividade física.

Usar roupa e calçado confortável e adequar às condições climáticas.

É aconselhado tecidos leves e transpiráveis (algodão e fibra sintética).

Convidar alguém para lhe fazer companhia.

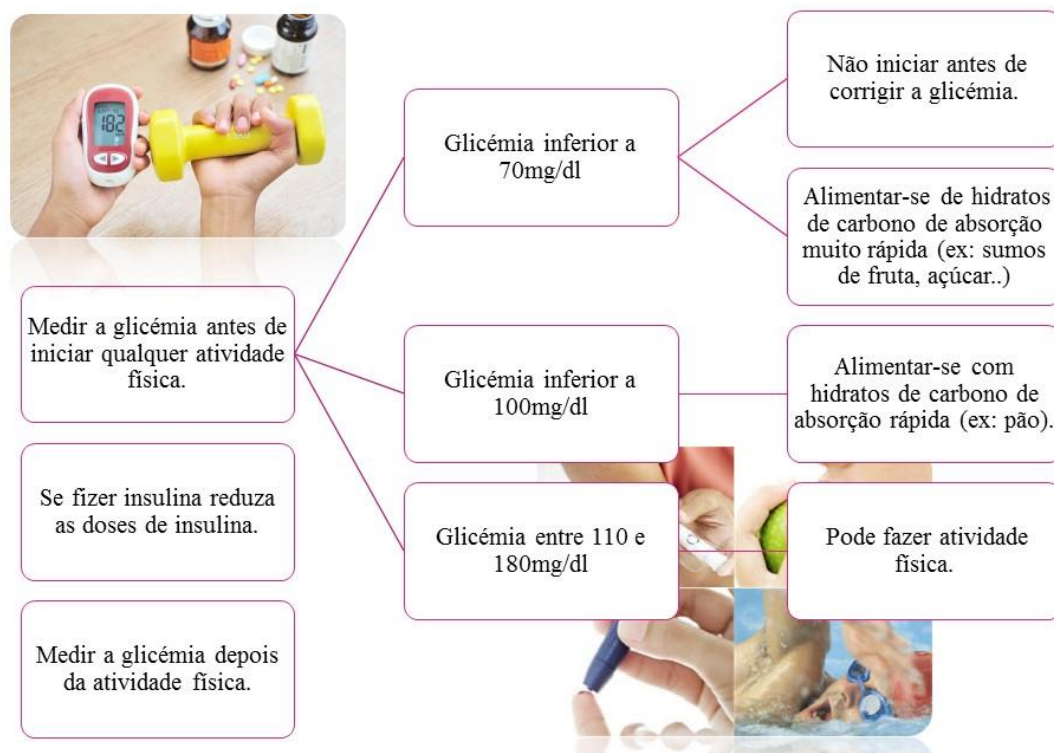
Evitar as horas de maior calor.

É aconselhado levar duas ou mais camadas de roupa para tirar uma dela com o aumento da temperatura e voltar a vestir no momento de retorno à calma ou mesmo antes, no caso de sentir frio.

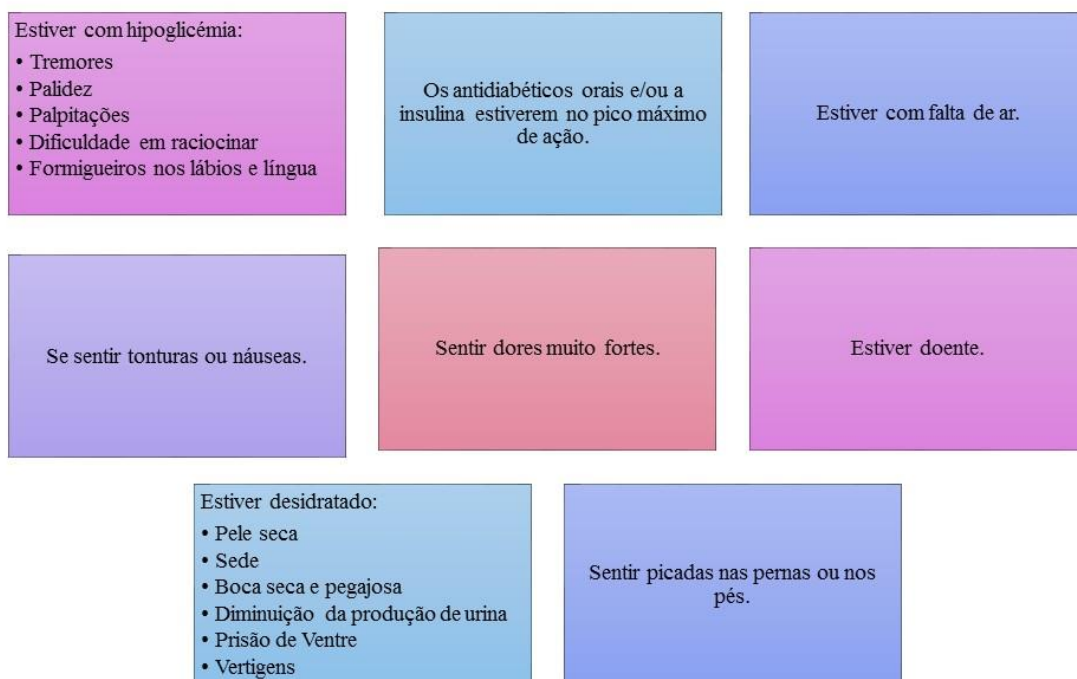
Antes de iniciar uma sessão de atividade física, faça sempre um período de 5 a 10 minutos de movimentos ligeiros com os braços e as pernas para aquecer os músculos.

Termine as sessões com período de relaxamento muscular ou marcha lenta até abrandar o ritmo cardíaco.

## Monitorização da glicémia na Atividade Física

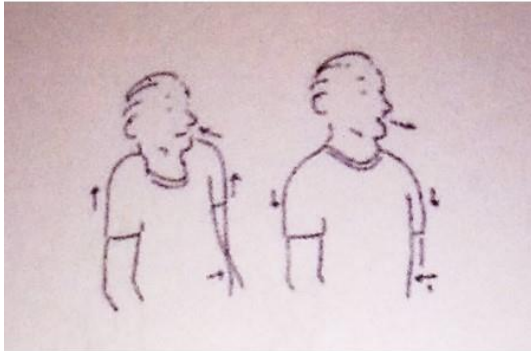


## PARAR DE FAZER ATIVIDADE FÍSICA SE:





## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 1 - Exercícios Respiratórios

-Sentado ou de pé.

-Inspire fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave.

-Levante os ombros e inspire.

-Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial.

-Repita 5 vezes.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 2. Círculos com os braços

-Descreva, devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros do relógio e seguida ao contrário.

-Repita 5 vezes para cada lado.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 3. Rotação dos ombros

-Faça movimentos rotativos, com um ombro de cada vez no sentido dos ponteiros do relógio de seguida, ao contrário (5 vezes em cada sentido).

-Depois os dois ombros em simultâneo 5 vezes em cada sentido

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 4. Movimentos da cabeça

-Devagar, volte a cabeça para a esquerda, depois para o centro, e finalmente para a direita.

-Repita 5 vezes.



## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 5. Levantar os joelhos

-Sentado, levante um joelho em direção ao peito, fazendo de seguida, o mesmo com o outro (5 vezes cada perna).

-De pé, levante um joelho em direção ao peito, e volta a posição inicial.

-Repita com outra perna.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 6. Esticar os ombros

-Levante o ombro esquerdo em direção ao ouvido esquerdo.

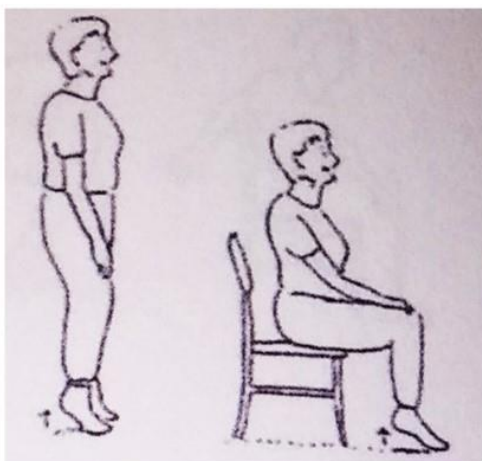
-Em seguida, baixe o ombro esquerdo, de modo a estica-lo.

-Repita do lado direito.

-Ato contínuo, levante os dois ombros ao mesmo tempo.

-Estique para cima e, de seguida, para baixo (5 vezes para cada lado).

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### **7. Levatar os calcanhares**

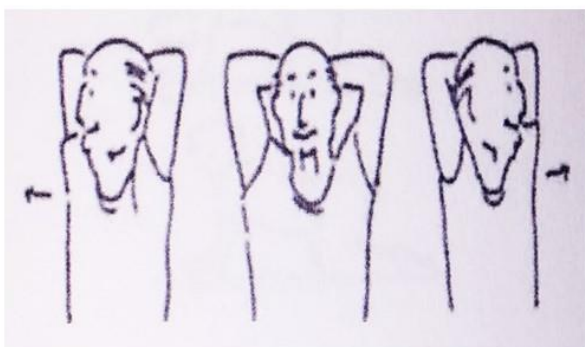
-De pé, erga-se e baixe-se com as pontas dos pés.

-Repita 5 vezes.

-Sentado, levante e baixe os calcanhares.

-Repita 5 vezes.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO

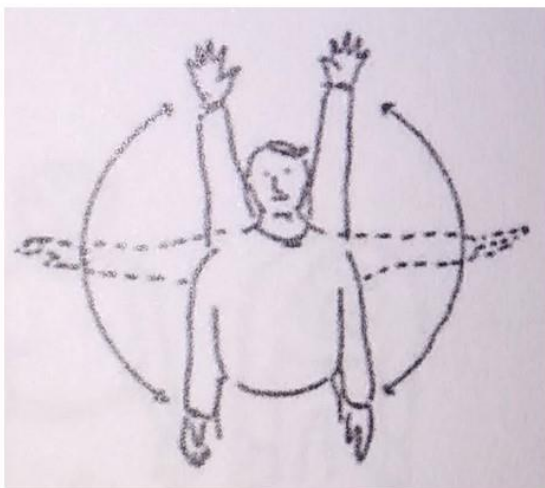


### **8. Girar o tronco**

-De pé ou sentado, com as mãos na nuca, faça o tronco rodar de um lado para o outro.

-Repita 5 vezes.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



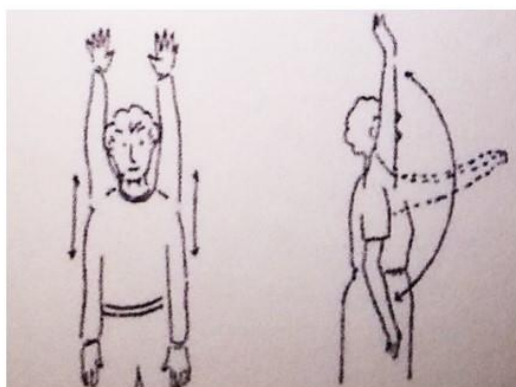
### 9. Movimentos laterais dos braços

-Comece com os braços caídos, junto do tronco.

-Estique os braços para os lados e depois para cima.

-Repita 5 vezes.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 10. Movimentos verticais dos braços

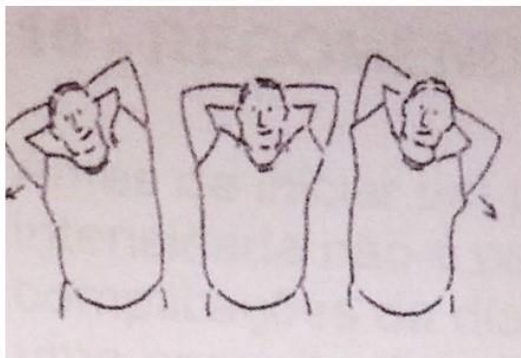
-Comece com os braços caídos, junto ao tronco.

-Estique os braços para a frente e depois para cima.

-Volte, lentamente, à posição inicial.

-Repita 5 vezes.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 11. Flexões laterais

-Com ambas as mãos na nuca, incline, devagar e suavemente, o tronco para a esquerda.

-Regresse à posição inicial.

-Repita para a direita.

-Repita vezes para cada lado.

## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



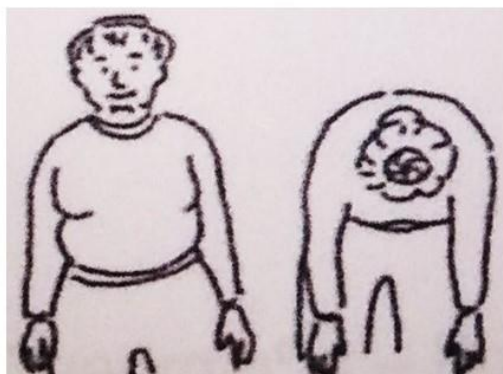
### 12. Levar a mão ao joelho

-De pé ou sentado, tente tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e depois com a mão esquerda abaixo do joelho.

-Repita 5 vezes em cada lado.



## EXERCÍCIOS DIÁRIOS DE AQUECIMENTO



### 13. Esticar as costas

-Pode ser efetuado sentado ou de pé.

-Ponha as mãos nos joelhos para se equilibrar.

-Encha o abdómen e incline-se para a frente devagar, num movimento ondulante a partir da base da coluna, à medida que se concentra em cada vértebra.

-Dobre a cabeça em direção aos joelhos.

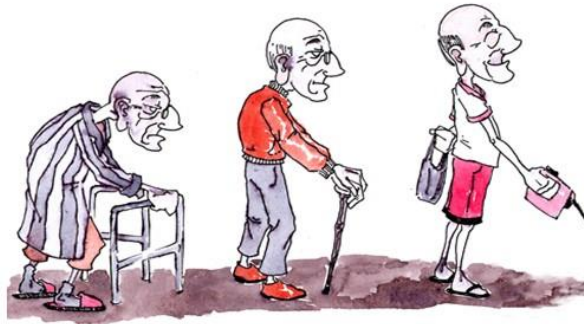
-Mantenha-se assim contando até três.

-Lentamente, regresse à posição normal.

-Repita 3 vezes e a seguir descanse.



## Planeamento Atividades



**APÊNDICE III** – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS  
SOBRE A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NOS CLIENTES  
DIABÉTICOS**

Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Enfermagem Comunitária  
“Projeto Mexer para Viver”

Formadora: Enfª Mariana Nogueira

Janeiro 2017

- ✓ Este questionário é anónimo.
- ✓ Responda às perguntas colocando um X na resposta “sim”, “não” ou “não sei”.

| <b>Questões</b>  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não sei</b> |
|--|------------|------------|----------------|
| 1. Fazer atividade física faz com que ganhe menos doenças?               |            |            |                |
| 2. A atividade física é qualquer movimento do corpo?                     |            |            |                |
| 3. Carregar sacos e subir escadas são atividades físicas?                |            |            |                |
| 4. O exercício físico é qualquer atividade física mas que seja planeada? |            |            |                |
| 5. Correr e nadar são exercícios físicos?                                |            |            |                |
| 6. A atividade física diminui o açúcar no sangue?                        |            |            |                |
| 7. A atividade física ajuda a perder peso?                               |            |            |                |



## Planeamento Atividades

| <b>Perguntas</b>   | <b>Sim</b> | <b>Não</b> | <b>Não sei</b> |
|--|------------|------------|----------------|
| 8. A atividade física ajuda no controlo da diabetes?   |            |            |                |
| 9. As recomendações para pessoas acima dos 65 anos é realizarem 30 minutos de atividade física durante 5 dias da semana? |            |            |                |
| 10.As pessoas acima dos 65 anos devem realizar 2,1km em 30 minutos durante 5 dias?                                       |            |            |                |
| 11.As pessoas acima dos 65 anos devem tentar ficar paradas o menos possível?   |            |            |                |
| 12.As pessoas com dificuldade na mobilidade não devem praticar atividade física?   |            |            |                |
| 13.As pessoas acima dos 65 anos devem realizar caminhadas todos os dias?   |            |            |                |
| 14.Antes iniciar uma atividade física deve comer?  |            |            |                |
| 15.As pessoas com 65 anos devem evitar as horas de maior calor para praticar atividade física?                           |            |            |                |
| 16.Não deve usar roupa nem calçado confortável na prática de atividade física?   |            |            |                |
| 17.Deve-se medir a glicémia (o açúcar) antes e depois da atividade física?   |            |            |                |
| 18.Se a glicémia (o açúcar) estiver inferior a 70mg/dl deve-se comer?  |            |            |                |

**APÊNDICE IV – Manual do Projeto “Mexer para Viver “**



## PROJETO MEXER PARA VIVER

Manual do utilizador do Projeto



LISBOA 2016-2017

Orientadora: EnfªDulcineia Gomes  
Estudante: EnfªMariana Nogueira

Sente que devia começar a praticar atividade física?



Não tem motivação para começar a praticar?



Acha-se demasiado cansado para fazê-lo?



Tem dúvidas sobre a atividade física?



Acha que em grupo conseguia praticar?



O que sabe sobre a atividade física?



Tem problemas de mobilidade e é por isso que não realiza nenhuma atividade física?



## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>4</b>  |
| <b>1-Envelhecimento.....</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>2-Prevenção da doença.....</b>                              | <b>6</b>  |
| <b>3-Atividade Física.....</b>                                 | <b>7</b>  |
| <b>4-Intensidade Física.....</b>                               | <b>8</b>  |
| <b>5-Determinar a intensidade de esforço.....</b>              | <b>9</b>  |
| <b>6-Exercício Físico.....</b>                                 | <b>10</b> |
| <b>7-Tipos de Exercícios.....</b>                              | <b>11</b> |
| <b>8-Benefícios da Atividade Física.....</b>                   | <b>12</b> |
| <b>9-Recomendações para a prática de Atividade Física.....</b> | <b>13</b> |
| <b>10-Pirâmide de Atividade Física.....</b>                    | <b>14</b> |
| <b>11-Como começar a praticar Atividade Física?.....</b>       | <b>15</b> |
| <b>12-Recomendação Básicas.....</b>                            | <b>16</b> |
| <b>13-Monitorização da glicémia na Atividade Física.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>14-Para de fazer qualquer Atividade Física se.....</b>      | <b>18</b> |
| <b>15-Qual a Atividade física que devo escolher?.....</b>      | <b>19</b> |
| <b>16-Exercícios Matinais que pode realizar em casa.....</b>   | <b>20</b> |
| <b>17 – Exercícios Diários.....</b>                            | <b>22</b> |
| <b>18-Auto-Avaliação.....</b>                                  | <b>25</b> |
| <b>CONCLUSÃO.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>                                       | <b>27</b> |



## INTRODUÇÃO

**Sou a Enfermeira Mariana Nogueira e estou a estagiar na USF Tejo – Moscavide no âmbito da Enfermagem Comunitária para a obtenção do grau de Mestrado em Enfermagem área de Especialização de Enfermagem Comunitária.**

**Na USF Tejo realizei um estudo, em que se pode concluir que a maioria dos diabéticos realizam muito pouca atividade física ou mesmo nenhuma. Esse fato deve-se na sua maioria à dificuldade na mobilidade. No entanto, mesmo que tenha dificuldade na mobilidade eu vou mostrar que pode realizar atividade física regular.**

**Para colmatar esta necessidade elaborou-se um projeto curto que irá ajudá-lo a praticar atividade física, mesmo sem sair de casa. O projeto denomina-se: “Mexer para Viver”.**

**Este manual é um resume simples e muito objetivo, da minha perspetiva do caminho que terá de percorrer para mudar comportamentos rumo a um estilo de vida mais saudável. Tendo após essa mudança uma vida mais saudável em todos os aspetos.**

**Neste manual estão escritas algumas recomendações e dicas que o ajudarão a relembrar da importância da atividade física regular. Com motivação e prática de atividade física certamente os seus dias serão mais interessantes.**

**Desejo-lhe um caminho gratificante na redescoberta das suas capacidades adormecidas.**

**Viva a sua vida com maior autonomia e em pleno bem-estar e equilíbrio físico e mental.**

**Venha fazer esta caminhada!**

## 1 – ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é o “ato ou efeito de envelhecer”, sendo que, envelhecer significa “fazer ou fazer-se velho”; “chegar a velho” ou “tornar-se desusado”. Envelhecer é um processo natural e, qualquer pessoa vai envelhecendo.

**Quais são as principais alterações?**



## 2 – PREVENÇÃO DA DOENÇA

A prevenção das doenças, atrasando o seu aparecimento ou diminuindo a sua gravidade é uma componente fundamental do envelhecimento saudável.

### **Mas como pode prevenir as doenças?**

---

\*Fazer atividade física regular e adequada à sua idade e ao seu estado de saúde;

---

\*Dar atenção à alimentação, evitando o consumo excessivo de sal, de gorduras, açúcar e aumentando a ingestão de frutas e vegetais;

---

\*Tentar diminuir o excesso de peso;

---

\*Diminuir ou deixar o tabaco e o álcool;



---

\*Marcar consultas médicas regulares (fazer rastreios, análises...);

---

\*Deve participar em atividades de grupo, atividades de aprendizagem e de conhecimento de novos lugares;

---

\*Não troque o horário dos medicamentos, tenha consigo uma folha de papel com a informação sempre das horas a que deve tomar os diferentes medicamentos para que não existam enganos;

---

\*Caso por qualquer razão não tenha esta informação solicite-a ao seu médico. Porque tomar os medicamentos de forma diferente do que o médico aconselhou pode trazer problemas;

---

\*Para evitar a depressão prefira atividades ao ar livre e de grupo;

---

\*Para manter a mente sã, opte pela leitura, os treinos da memória, a aprendizagem de novos conhecimentos, as atividades com as mãos, o convívio com outras pessoas, de preferência de várias gerações;



### 3 – ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ A atividade física é qualquer movimento do corpo ou qualquer contração dos músculos que precise energia para acontecer.
- ✓ A Atividade física é essencial para o envelhecimento saudável. Para um idoso, a atividade física regular é uma das coisas mais importantes que pode fazer para manter ou melhorar a sua saúde.

**O que pode fazer para realizar atividade física?**



**JARDINAGEM**



**BRICOLAGE**



**LIDA DA CASA**



**IR ÀS COMPRAS**



**CARREGAR**



**PASSEAR**

**SACOS**




**SUBIR ESCADAS**



**ANDAR A PÉ**

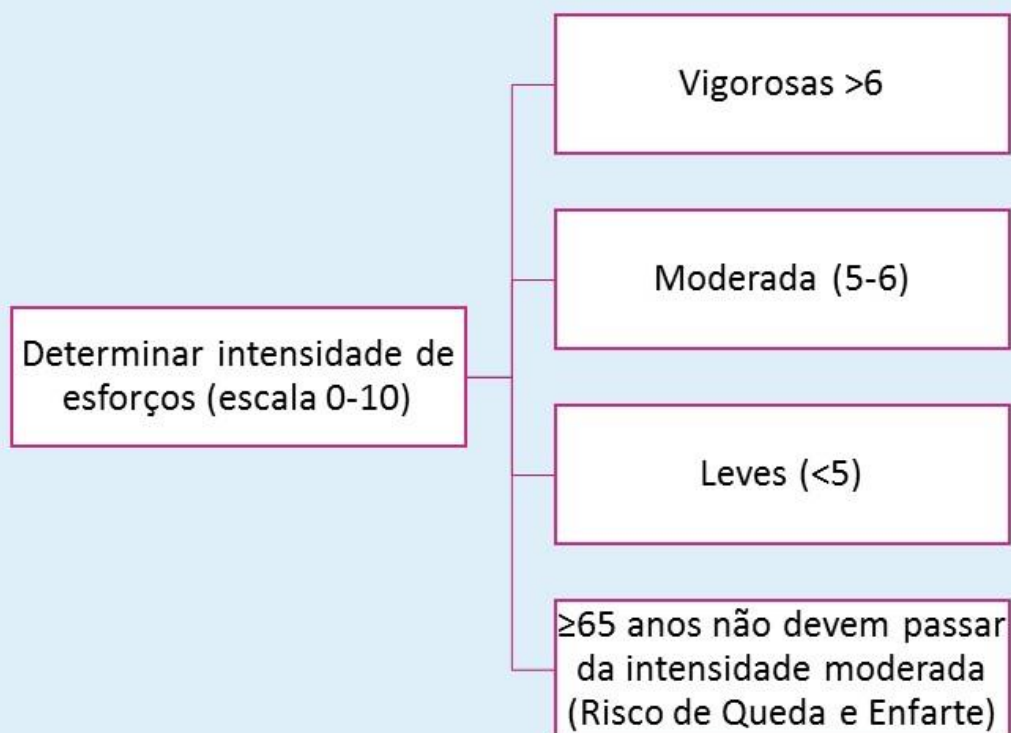
## 4 – INTENSIDADE FÍSICA

A intensidade reflete a velocidade em que a atividade ocorre, ou a quantidade de esforço necessária para executar um exercício ou atividade e, varia de uma pessoa para outra.

| Atividades Físicas Vigorosas  | Atividades Físicas Moderadas   | Atividades Físicas Leves   | Atividades Sedentárias  |
|---|--|--|---|
| <p><i>Requerem um esforço físico intenso que fazem ficar com a respiração ofegante.</i></p> | <p><i>Requerem esforço físico moderado e tornam a respiração um pouco mais forte que o normal;</i></p> | <p>Requerem esforço físico leve e altera muito pouco a respiração.</p>               | <p>Não requerem qualquer esforço físico.</p>  |
| Nadar   | Jardinagem   | Cozinhar   | Estar sentado   |
| Correr (5,5km/h)  | Aspirar  | Fazer a cama   | Estar deitado   |
| Ginástica aeróbica/step   | Subir escadas  | Lavar a loiça  | Ver televisão   |
| Futebol   | Hidroginástica   | Marcha lenta (<4km/h)  | Trabalhar com o computador  |
|          | Marcha rápida (>4km/h)   |  |  |
|   | Golfe  |  |   |
|   |                     |  |   |

## 5 – DETERMINAR A INTENSIDADE DE ESFORÇO

Para determinar a intensidade do seu esforço após a realização de uma atividade física de 0 a 10 como é que analisa a intensidade do seu esforço?



## 6 – EXERCÍCIO FÍSICO

O Exercício Físico é qualquer atividade física que seja planeada, estruturada e repetida, com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física.

**O que pode fazer para realizar exercício físico?**



**CAMINHADAS  
PROGRAMADAS**



**HIDROGINÁSTICA**



**GINÁSIO**



**BICICLETA**



**CORRER**



**NADAR**



**GINÁSTICA  
AERÓBICA**



**REMAR**



**DANÇA**



## 7 – TIPOS DE EXERCÍCIOS

### Exercícios Aeróbicos

- Refere-se a exercícios em que os grandes músculos do corpo se movem de uma forma rítmica, e durante longos períodos.
- Correr
- Ciclismo
- Nataação



### Exercícios de Resistência

- Refere-se a movimentos dos músculos contra uma força aplicada ou carga externa.
- Pesos nos pés
- Peso do próprio corpo
- Elásticos



### Exercícios de Flexibilidade

- Refere-se a exercícios destinados a preservar ou aumentar a amplitude do movimento em torno de uma articulação.
- Espargata
- Alongamentos



## 8 – BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

### DOENÇAS CARDIOVASCULARES (DOENÇAS DO CORAÇÃO)

- Melhora a tensão arterial;
- Previne as doenças das artérias;
- Baixa o colesterol e outras gorduras no sangue;

### DOENÇAS METABÓLICAS

- Previne a obesidade;
- Ajuda na perda de peso corporal;
- Melhora o controlo da glicémia;
- Aumenta a sensibilidade à insulina;

### A NÍVEL DO SISTEMA LOCOMOTOR

- Evita a osteoporose;
- Fortalece os músculos;
- Melhora a postura e o equilíbrio;
- Previne as dores crónicas das costas;

### A NÍVEL DO SISTEMA IMUNITÁRIO

- Melhora a capacidade de defesa contra as infeções;
- Previne alguns tipos de cancro;

### A NÍVEL PSICOLÓGICO E SOCIAL

- Melhora a auto-estima e auto-confiança;
- Combate e evita a ansiedade;
- Baixa os níveis de stress;
- Promove a socialização;
- Estimula as capacidades de memória e concentração;
- Previne e ajuda a tratar a depressão;

### A NÍVEL DA QUALIDADE DE VIDA

- Aumenta a capacidade funcional para as atividades;
- Proporciona sensação de bem-estar físico e mental;

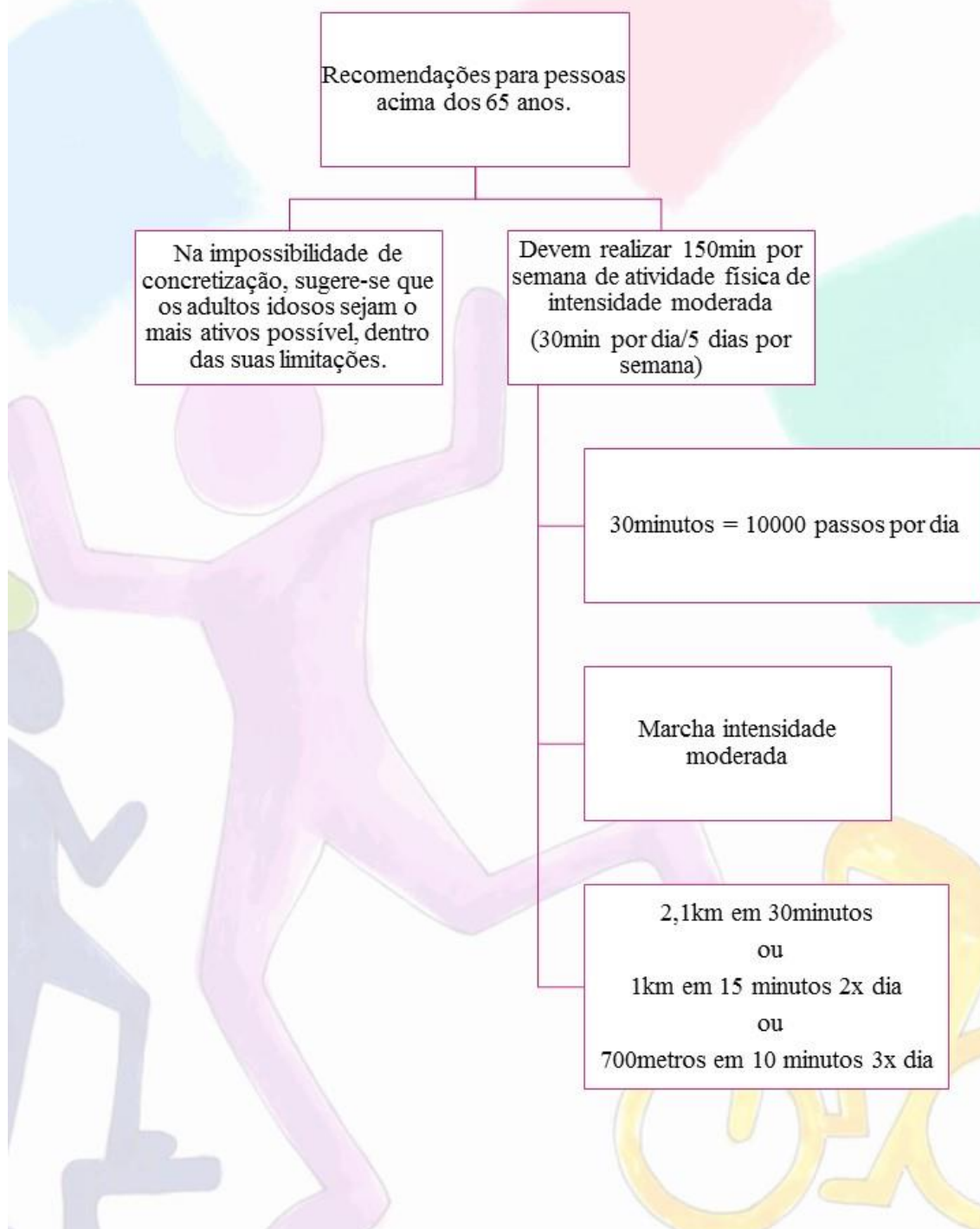
### A NÍVEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- Diminui a necessidade de recurso à fisioterapia;
- Diminui a necessidade de consultas médicas;
- Diminui os gastos com exames e análises clínicas;

### A NÍVEL SOCIO-ECONÓMICO

- Diminui as despesas com medicamentos;
- Diminui as despesas com transportes para ir à fisioterapia;

## 9 – RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA



## 10 – PIRÂMIDE DE ATIVIDADE FÍSICA





## 11 – COMO COMEÇAR A PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA?

### 1ºPasso – Aprenda a relaxar

- Informe-se como fazê-lo e pratique diariamente;
- O relaxamento físico e mental permite tomar decisões mais acertadas;

### 2ºPasso – O que pensa de si?

- Tem crenças negativas acerca da atividade física?
- Pensa que é capaz ou nem por isso?

### 3ºPasso – O que realmente quer?

- É importante fazer o que quer e mantenha-se focado no seu objetivo.

### 4ºPasso- O que sente?

- Sente-se bem, siga em frente e mantenha essa motivação porque essa emoção vai prolongar-se ao longos dos dias.

## 12 – RECOMENDAÇÕES BÁSICAS

Mesmo que tenha problemas de saúde crónicos pode e deve fazer atividade física. Todas as pessoas podem iniciar um programa de atividade física regular, mesmo que nunca tenha praticado desporto, feito exercício ou dançado.

No entanto existem algumas recomendações para quem começa:

---

Alimente-se e hidrate-se antes do exercício.

---

Praticar atividade física adequada às duas capacidades.

---

Ir aumentando progressivamente o tempo de atividade física.

---

Usar roupa e calçado confortável e adequar às condições climáticas.

---

É aconselhado tecidos leves e transpiráveis (algodão e fibra sintética).

---

Convidar alguém para lhe fazer companhia.

---

Evitar as horas de maior calor.

---

É aconselhado levar duas ou mais camadas de roupa para tirar uma dela com o aumento da temperatura e voltar a vestir no momento de retorno à calma ou mesmo antes, no caso de sentir frio.

---

Antes de iniciar uma sessão de atividade física, faça sempre um período de 5 a 10 minutos de movimentos ligeiros com os braços e as pernas para aquecer os músculos.

---

Termine as sessões com período de relaxamento muscular ou marcha lenta até abrandar o ritmo cardíaco.

## 13 – MONITORIZAÇÃO DA GLICÉMIA NA ATIVIDADE FÍSICA



Glicémia inferior a 70mg/dl – não iniciar antes de corrigir a glicémia - alimentar-se de hidratos de carbono de absorção muito rápida (ex: sumos de fruta, açúcar..)

Medir a glicémia antes de iniciar qualquer atividade física.

Glicémia inferior a 100mg/dl – alimentar-se com hidratos de carbono de absorção rápida (ex: pão).

Se fizer insulina reduza as doses de insulina.

Glicémia entre 110 e 180mg/dl – pode fazer atividade física.

Medir a glicémia depois da atividade física.



## 14 – PARAR DE FAZER QUALQUER ATIVIDADE FÍSICA SE:

Estiver com hipoglicémia:

- Tremores
- Palidez
- Palpitações
- Dificuldade em raciocinar
- Formigueiros nos lábios e língua

Os antidiabéticos orais e/ou a insulina estiverem no pico máximo de ação.

Estiver com falta de ar.

Se sentir tonturas ou náuseas.

Sentir dores muito fortes.

Estiver doente.

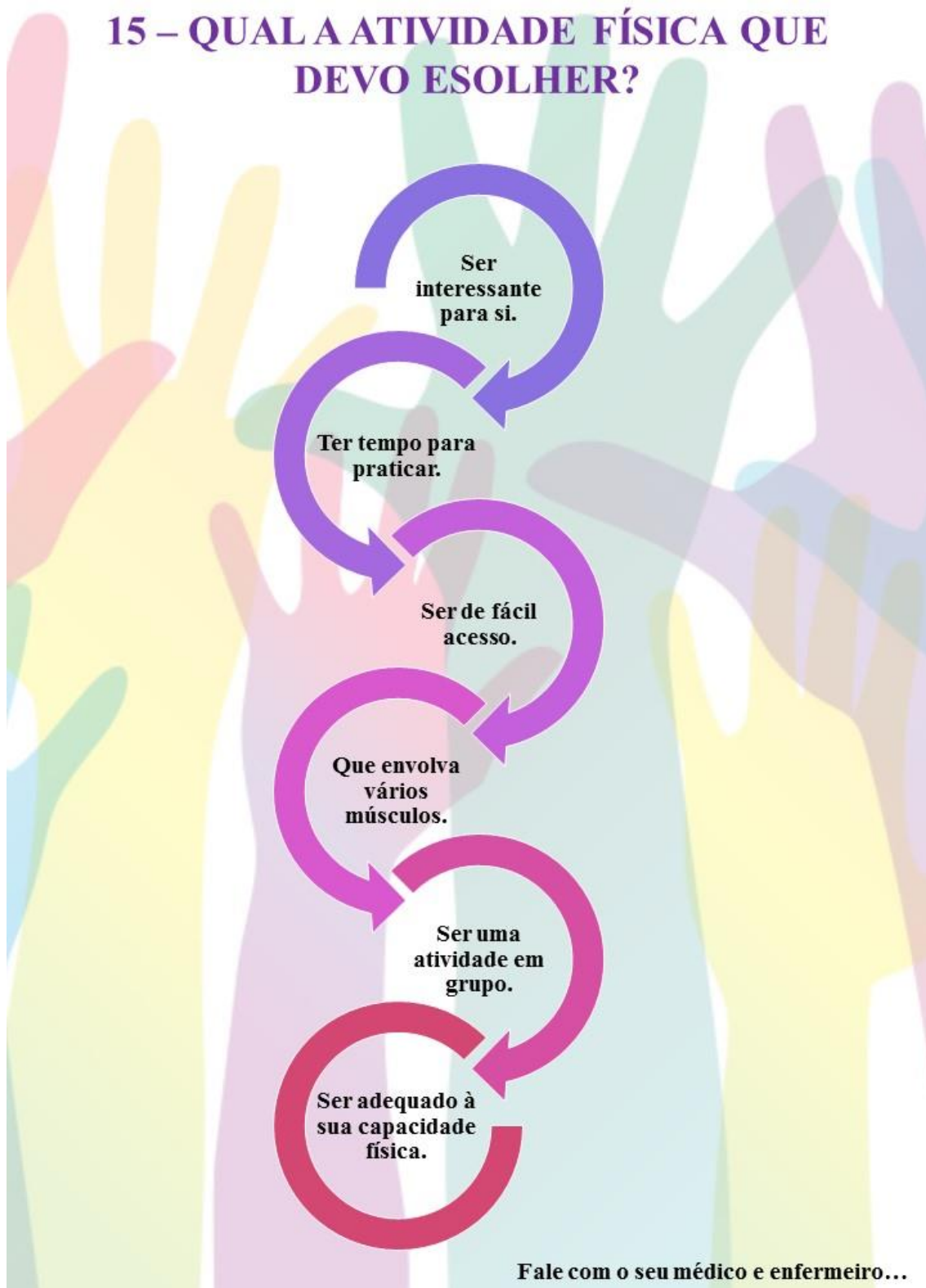
Estiver desidratado:

- Pele seca
- Sede
- Boca seca e pegajosa
- Diminuição da produção de urina
- Prisão de Ventre
- Vertigens

Sentir picadas nas pernas ou nos pés.



## 15 – QUAL A ATIVIDADE FÍSICA QUE DEVO ESOLHER?



## 13 – EXERCÍCIOS MATINAIS QUE PODE REALIZAR EM CASA



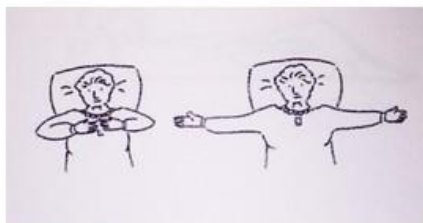
### 1. Respirar e esticar

- Deita-se de costas, na posição horizontal, com os braços relaxados junto ao tronco e pernas.
- Inspire e estique-se, de maneira a aproximar as pontas dos pés ao fundo da cama.



### 2. Esticar as Costas

- Deite-se de costas.
- Estique os braços para trás da cabeça, de modo a tocar na parede ou na cabeceira.
- Estique o corpo.
- Regresse à posição original.
- Repita 5 vezes.



### 3. Esticar os braços

- Ponha as mãos no peito.
- Dobre os braços para trás da cabeça, de modo a ficarem paralelos ao fundo da cama.
- Desdobre os braços, esticando-os para os lados.
- Volte a levar as mãos ao peito.
- Repita 5 vezes.



### 4. Movimentos da cabeça

- Deite-se de costas na horizontal.
- Dobre as pernas, levante os joelhos com os pés assentes na cama e os braços junto ao corpo, com as palmas a tocarem no colchão.
- Gire a cabeça devagar de um lado para o outro 25 vezes.



### 5. Levantar os joelhos

- Deite-se de costas na horizontal.
- Levante os joelhos um de cada vez.
- Com os pés apoiados na cama, vire os joelhos devagar para a esquerda 10 vezes de modo a tocar na cama.
- Repta para o lado direito



### 6. Meio círculo com as pernas

- Deite-se de costas na horizontal, com as pernas direitas.
- Levante a perna esquerda e rode-a por cima do joelho direito, de modo a chegar à extremidade da cama.
- Repita o exercício com a perna direita.

## Planeamento Atividades



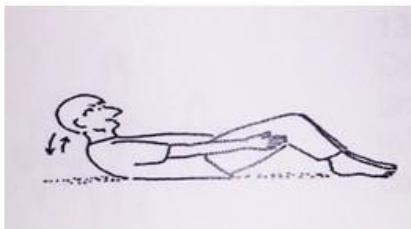
### 7. Levar o Joelho ao peito

- Dobre a perna esquerda. Segure o joelho com as mãos.
- Movimente o joelho em direção ao peito.
- Mantenha-se assim por três segundos.
- Regresse à posição inicial.
- Repita 5 vezes cada joelho.



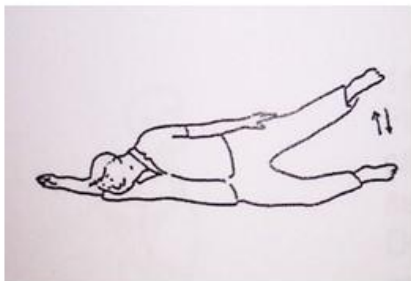
### 8. Levar os joelhos ao peito

- Levante ambos os joelhos em direção ao peito.
- Segure-os com as mãos e conte até três.
- Regresse à posição inicial.
- Relaxe, respirando fundo.
- Repita 3 vezes.



### 9. Levantar a cabeça e esticar o abdômen

- Leve os joelhos ao peito, sem tirar os pés do chão ou da cama.
- Levante ligeiramente a cabeça e os ombros.
- Conte até 10.
- Baixe ligeiramente os joelhos.
- Repita 5 vezes.



### 10. Levantar a perna

- Deite-se do lado direito com a perna direita ligeiramente dobrada.
- Ponha o braço direito sob a cabeça.
- Levante a perna esquerda, o mais alto possível, sem ficar desconfortável.
- Repita 10 vezes.
- Faça o exercício para a perna esquerda.



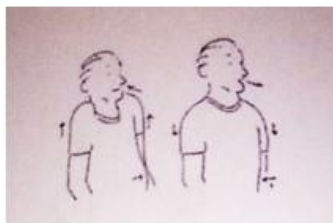
### 11. Balouçar

- Puxe os joelhos em direção ao peito.
- Segure-os com as mãos.
- Erga a cabeça e ombros e balouce-se.
- Repita 5 vezes.
- Faça relaxamento, repetindo o exercício 1.
- Saia da cama sempre devagar.

## 14 – EXERCÍCIOS DIÁRIOS

Estes exercícios podem ser executados em pé ou sentados

### 12.Exercícios Respiratórios



- Sentado ou de pé.
- Inspire fundo pelo nariz, expirando de seguida pela boca, duma maneira suave.
- Levante os ombros e inspire.
- Expire, à medida que volta a pôr os ombros na posição inicial.
- Repita 5 vezes.



### 13.Círculos com os braços

- Descreva, devagar, pequenos círculos com os braços, primeiro no sentido dos ponteiros do relógio e seguida ao contrário.
- Repeti 5 vezes para cada lado.



### 14. Rotação dos ombros

- Faça movimentos rotativos, com um ombro de cada vez no sentido dos ponteiros do relógio de seguida, ao contrário (5 vezes em cada sentido).
- Depois os dois ombros em simultâneo 5 vezes em cada sentido.



### 15. Movimentos da cabeça

- Devagar, volte a cabeça para a esquerda, depois para o centro, e finalmente para a direita.
- Repita 5 vezes.



### 16.Levantar os joelhos

- Sentado, levante um joelho em direção ao peito, fazendo de seguida, o mesmo com o outro (5 vezes cada perna).
- De pé, levante um joelho em direção ao peito, e volta a posição inicial.
- Repita com outra perna.



## Planeamento Atividades

### 17. Esticar os ombros



- Levante o ombro esquerdo em direção ao ouvido esquerdo.
- Em seguida, baixe o ombro esquerdo, de modo a estica-lo.
- Repita do lado direito.
- Ato contínuo, levante os dois ombros ao mesmo tempo.
- Estique para cima e, de seguida, para baixo (5 vezes para cada lado).



### 18. Levatar os calcanhares

- De pé, erga-se e baixe-se com as pontas dos pés.
- Repita 5 vezes.
- Sentado, levante e baixe os calcanhares.
- Repita 5 vezes.



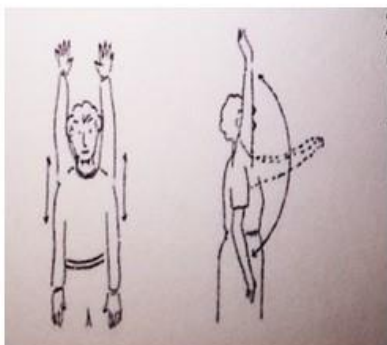
### 19. Girar o tronco

- De pé ou sentado, com as mãos na nuca, faça o tronco rodar de um lado para o outro.
- Repita 5 vezes.



### 20. Movimentos laterais dos braços

- Comece com os braços caídos, junto do tronco.
- Estique os braços para os lados e depois para cima.
- Repita 5 vezes.



### 21. Movimentos verticais dos braços

- Comece com os braços caídos, junto ao tronco.
- Estique os braços para a frente e depois para cima.
- Volte, lentamente, à posição inicial.
- Repita 5 vezes.

## Planeamento Atividades

### 22. Flexões laterais



- Com ambas as mãos na nuca, incline, devagar e suavemente, o tronco para a esquerda.
- Regresse à posição inicial.
- Repita para a direita.
- Repita vezes para cada lado.

### 23. Levar a mão ao joelho



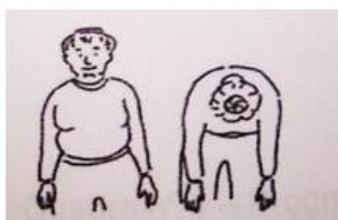
- De pé ou sentado, tente tocar com a mão direita abaixo do joelho esquerdo e depois com a mão esquerda abaixo do joelho.
- Repita 5 vezes em cada lado.

### 24. Esticar-se como um gato



- Movimente as costas para cima, de maneira a descreverem um arco, e baixe a cabeça.
- Depois faça o movimento ao contrário, inverta o arco, puxando a barriga para baixo e a cabeça para cima, de maneira a descrever um U com a coluna.
- Repita vezes.

### 25. Esticar as costas

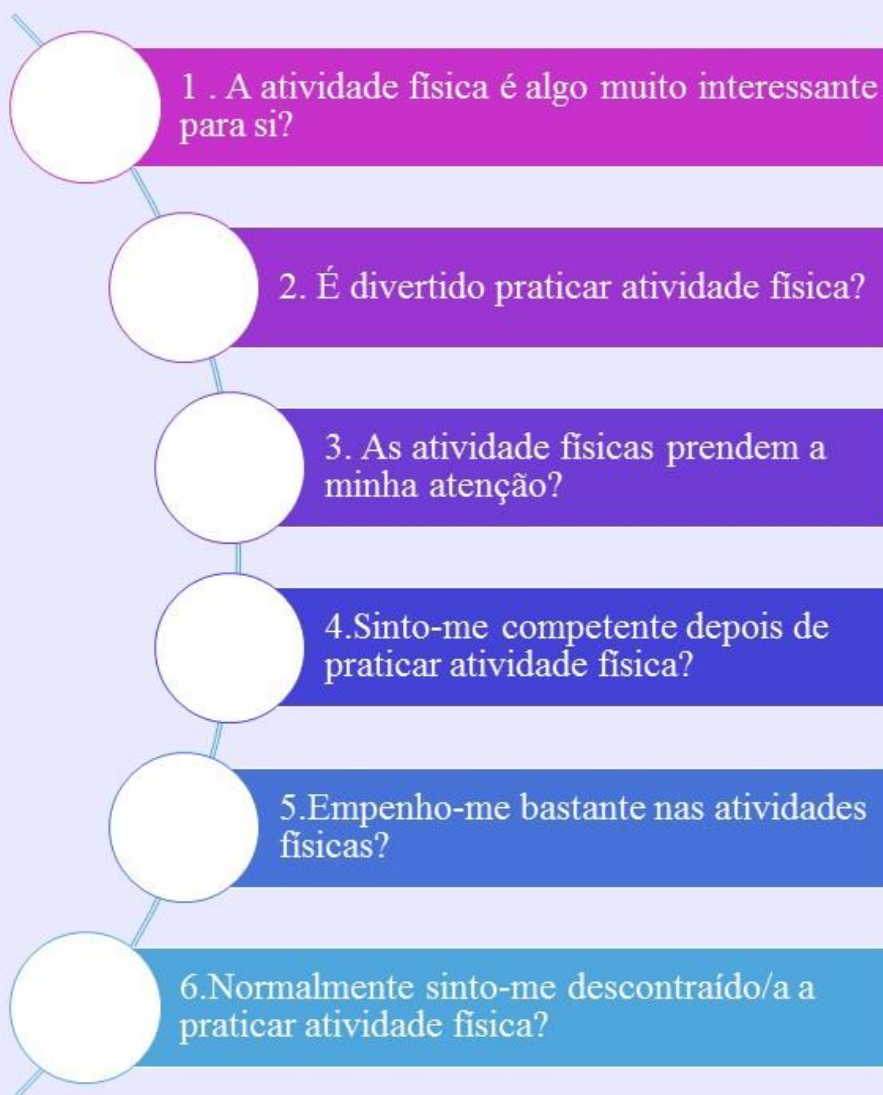


- Pode ser efetuado sentado ou de pé.
- Ponha as mãos nos joelhos para se equilibrar.
- Encha o abdómen e incline-se para a frente devagar, num movimento ondulante a partir da base da coluna, à medida que se concentra em cada vértebra.
- Dobre a cabeça em direção aos joelhos.
- Mantenha-se assim contando até três.
- Lentamente, regresse à posição normal.
- Repita 3 vezes e a seguir descanse.

## 15 – AUTO-AVALIAÇÃO

Auto avalie o seu estado emocional em relação à atividade física regular.

Responda sim ou não nas seguintes questões:

- 
1. A atividade física é algo muito interessante para si?
  2. É divertido praticar atividade física?
  3. As atividade físicas prendem a minha atenção?
  4. Sinto-me competente depois de praticar atividade física?
  5. Empenho-me bastante nas atividades físicas?
  6. Normalmente sinto-me descontraído/a a praticar atividade física?

## CONCLUSÃO

Neste projeto encontra-se presente a informação essencial para quem quer iniciar a praticar atividade física.

A atividade física regular pode ser efetuada por pessoas com diabetes, pessoas com doenças cardiovasculares, pessoas com problemas osteoarticulares, na prevenção de quedas e promoção da autonomia.

A atividade física regular está acessível a toda a população, são de baixo custo, não têm contraindicações importantes. Permite variar a sua intensidade (leve, moderada ou vigorosa).

Pela sua saúde mexa-se pelo menos 30 minutos todos os dias da semana.

## BIBLIOGRAFIA

DGS – Direção-Geral da Saúde. (2001). Quem? Eu? Exercício? Exercício sem riscos para lá dos sessenta. Guias para as pessoas idosas. Lisboa. 1-45

DGS - Direção-Geral da Saúde (2011-2016). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido em 10-01-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/documentos-pns/>

Dicionário de Língua Portuguesa (2016) <http://www.portoeditora.pt/espacolinguaportuguesa/dol/dicionarios-online/> acedido a 1 de Janeiro de 2016

Feleciano, Elsa, *et al.* (2008). Programa de Exercício e de Alimentação na Diabetes tipo 2: Abordagem Prática. Lisboa: Grupo Tecnifar. ISBN [s.n].

Franchi K., Junior, R (2005) . Atividade Física: Uma Necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Promoção da Saúde*. 18 (3). 152-156

Cesár, Rui (2010) . Papel do exercício Físico na terapêutica da diabetes mellitus. In: Nunes, José Silva – Diabetes uma abordagem Global. Miraflores: Euromédice, Edições Médicas. 2010. ISBN 978-972-8749-84-2. p. 49-54.

Morgadinho, R.S. (2012). Promoção da saúde em idosos: Exercício Físico. *Psicologia.pt*. 1-12

Franchi K., Junior, R (2005). Atividade Física: Uma Necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Promoção da Saúde*. 18 (3). 152-156

Imperatori, E & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).

Monteiro, V. (2010) - Enfermagem Comunitária: Diferentes Cenários e Desafios para a Prestação de Cuidados. Universidade Católica Portuguesa. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto.



## Planeamento Atividades

Observatório Nacional da Atividade Física. (2011). Livro verde da Atividade Física. Instituto do Desporto de Portugal. Lisboa. 15-47. Disponível em: [http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica\\_GERAL.pdf](http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf). Acedido a 7/4/2016.

Observatório Nacional de Diabetes (2015). Diabetes: Factos e Números – Relatório anual do observatório nacional da diabetes. Edição 2015.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa, Canadá. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>, acedido em 01 de Janeiro de 2016.

OMS (2010). Global Recommendations on Physical Activity for health. Switzerland. 1-57

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

OE - Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 09-1-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., (1982). Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 19(3).276-288.

STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. (2011) – Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-989-8075-29-1

PHIPPS, Wilma J. et al. (2007) – Enfermagem Médico-Cirúrgica, 8ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-65-7

World Health Organization (2016). Global Report on Diabetes. WHO. Acedido a 02-05-2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.aspx>.

**APÊNDICE V** – Folheto Informativo sobre Exercícios Diários que podem ser realizados em casa

**NÃO PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA?**

**TEM DIFICULDADES EM SAIR DE CASA?**

**NÃO SABE QUE EXERCÍCIOS PODE FAZER?**

- ⇒ Neste folheto vai encontrar exercícios básicos que pode realizar em casa.
- ⇒ Procure realizar os exercícios todos os dias.
- ⇒ Ao realizar atividade física está a ganhar saúde.
- ⇒ Aumente o número de vezes que realiza os exercícios ao longo do tempo.
- ⇒ É normal ter dores no início .
- ⇒ É normal que se sinta mais cansado, mas com o tempo vai-se sentir melhor e com mais força.

Os exercícios que se seguiram, ao fazer antes de se levantar, fazem com que tenham um melhor começo de dia.

Para além deste exercícios deve procurar realizar outras atividades físicas (caminhadas, andar de bicicleta...)

Se os exercícios forem feitos todos os dias, podem manter a boa forma e dar uma sensação de relaxamento.

Estes exercícios devem ser feitos devagar, sem movimentos bruscos.

**GANHE FORÇA!**

**GANHE VONTADE!**

**FAÇA ATIVIDADE FÍSICA!**

**MEXER PARA VIVER!**

**USF TEJO**

Rua Adão Manuel Ramos Barata  
1885-100 Moscavide  
Telefone: 219449210  
Fax: 219449219  
Email: [usf.tejo@arslvt.min-saude.pt](mailto:usf.tejo@arslvt.min-saude.pt)

**EXERCÍCIOS QUE PODE FAZER EM CASA**










### 1. Respirar e esticar

- Deite-se de costas, na posição horizontal, com os braços relaxados junto ao tronco e pernas.
- Inspire e estique-se, de maneira a aproximar as pontas dos pés ao fundo da cama.



### 2. Esticar as Costas

- Deite-se de costas.
- Estique os braços para trás da cabeça, de modo a tocar na parede ou na cabeceira.
- Estique o corpo.
- Regresse à posição original.
- Repita 5 vezes.



### 3. Esticar os braços

- Ponha as mãos no peito.
- Dobre os braços para trás da cabeça, de modo a ficarem paralelos ao fundo da cama.
- Desdobre os braços, esticando-os para os lados.
- Vólte a levar as mãos ao peito.
- Repita 5 vezes.

### 4. Movimentos da cabeça

- Deite-se de costas na horizontal.
- Dobre as pernas, levante os joelhos com os pés assentes na cama e os braços junto ao corpo, com as palmas a tocarem no colchão.
- Gire a cabeça devagar de um lado para o outro 25 vezes.



### 5. Levantar os joelhos

- Deite-se de costas na horizontal.
- Levante os joelhos um de cada vez.
- Com os pés apoiados na cama, vire os joelhos devagar para a esquerda 10 vezes de modo a tocar na cama.
- Repita para o lado direito



### 6. Meio círculo com as pernas

- Deite-se de costas na horizontal, com as pernas direitas.
- Levante a perna esquerda e rode-a por cima do joelho direito, de modo a chegar à extremidade da cama.
- Repita o exercício com a perna direita.



### 7. Levar o Joelho ao peito

- Dobre a perna esquerda.
- Segure o joelho com as mãos.
- Movimente o joelho em direção ao peito.
- Mantenha-se assim por três segundos.
- Regresse à posição inicial.
- Repita 5 vezes cada joelho.

### 8. Levar os joelhos ao peito

- Levante ambos os joelhos em direção ao peito.
- Segure-os com as mãos e conte até três.
- Regresse à posição inicial.
- Relaxe, respirando fundo.
- Repita 3 vezes.



### 9. Levantar a cabeça e esticar o abdómen

- Leve os joelhos ao peito, sem tirar os pés do chão ou da cama.
- Levante ligeiramente a cabeça e os ombros.
- Conte até 10.
- Baixe ligeiramente os joelhos.
- Repita 5 vezes.



### 10. Levantar a perna

- Deite-se do lado direito com a perna direita ligeiramente dobrada.
- Ponha o braço direito sob a cabeça.
- Levante a perna esquerda, o mais alto possível, sem ficar desconfortável.
- Repita 10 vezes.
- Faça o exercício para a perna esquerda.



### 11. Balouçar

- Puxe os joelhos em direção ao peito.
- Segure-os com as mãos.
- Erga a cabeça e ombros e balouçe-se.
- Repita 5 vezes.
- Faça relaxamento, repetindo o exercício 1.
- Saia da cama sempre devagar.

**APÊNDICE VI – Diário de Atividade Física**

**“Embora não volte a ter outra vez 25 anos, pode melhorar o seu aspeto físico, a sua saúde e a sua energia. A fórmula é simples. Mude o seu estilo de quatro maneiras, procurando:**

1. Ser mais saudável e magro;
2. Ser fisicamente mais ativo;
3. Mudar o tipo de alimentação e...
4. Aprender a relaxar.”

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2001)

**USF TEJO**  
Rua Adão Manuel Ramos Barata  
1885-100 Moscavide  
Telefone: 219449210  
Fax: 219449219  
Email: usf.tejo@arslvt.min-saude.pt



DIÁRIO DA ATIVIDADE FÍSICA

MEXER PARA VIVER





DADOS PESSOAIS

|               |  |
|---------------|--|
| Nome          |  |
| Morada        |  |
| Telefone      |  |
| Número Utente |  |

Compromisso /Notas

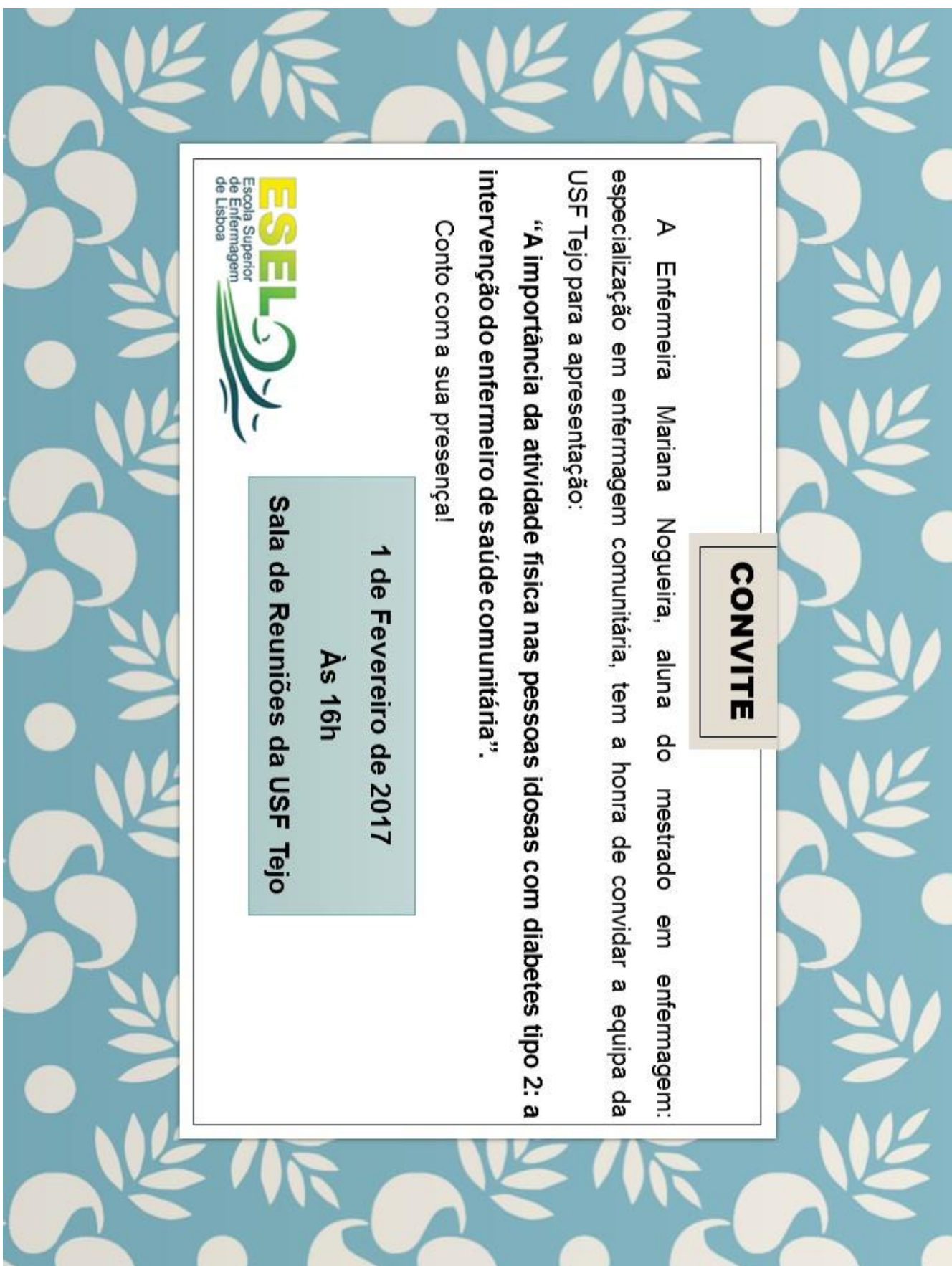
NÃO ESQUECER!

- ✓ Usar calçado confortável;
- ✓ Realizar aquecimento e alongamentos;
- ✓ Alimentar-se antes e depois da atividade física;
- ✓ Medir a sua glicémia antes e depois da atividade física;
- ✓ Manter a hidratação;
- ✓ Estipule objetivos realistas;
- ✓ Se um dia não conseguir fazer o que tinha programado escolha outro dia;
- ✓ Aumente o nível de exigência à medida que aumente a sua capacidade;
- ✓ Não desista, pode haver dias que esteja mais desanimado, o importante é continuar!!!;

[illegible][illegible]

**APÊNDICE VII** – Convite de participação na Sessão de sensibilização da equipa da USF Tejo





**APÊNDICE VIII** – Apresentação de *Powerpoint* da Sessão de  
Sensibilização da equipa da USF Tejo

# PROJETO DE ESTÁGIO

Enfermeira Mariana Lourenço Pereira Nogueira

Lisboa  
Fevereiro 2017

1

## Título

- “A importância da atividade física em pessoas idosas com diabetes tipo 2– a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

## Autor e Orientadoras

- **Autora:** Mariana Lourenço Pereira Nogueira
- **Orientadora Clínica:** Enfermeira Dulcineia Carapeta Gomes
- **Docente Orientadora:** Professora Doutora Andreia Cátia Jorge Silva da Costa

## Contexto onde decorre o projeto

- ACES – LOURES –ODIVELAS
- Unidade de Saúde Familiar - USF Tejo – Modelo B
- Moscavide
- Equipa: 7 médicos, 7 enfermeiros e 5 secretários clínicos



## Planeamento Atividades

### Finalidade

- Capacitar os diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos para a prática de atividade física.

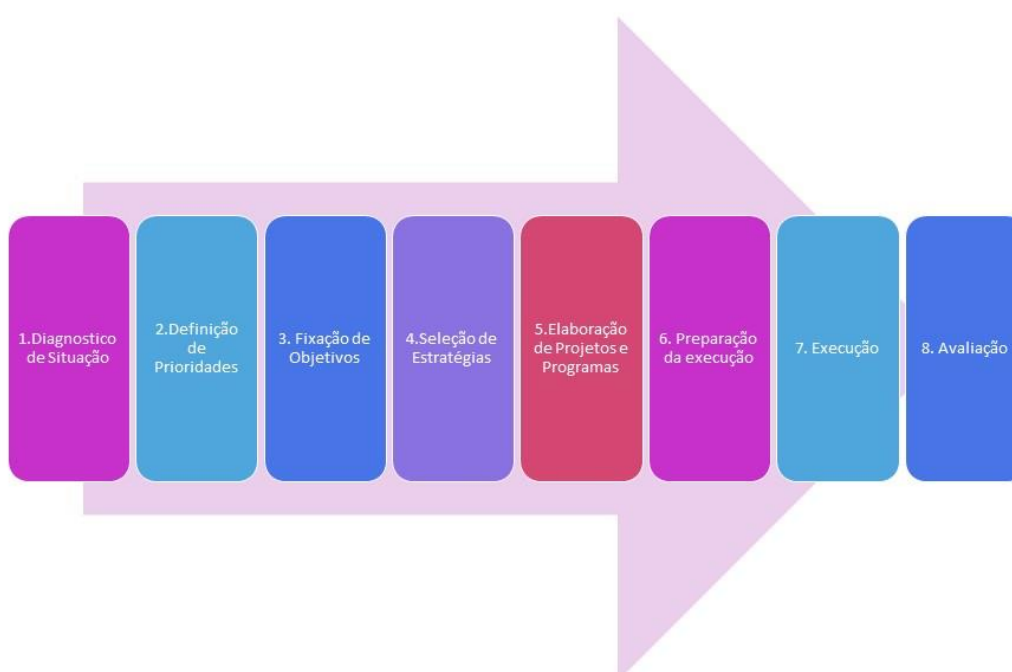
### Objetivo Geral

- Promover a atividade física nos diabéticos tipo 2 com idade  $\geq$  a 65 anos, de modo a realizarem uma melhor gestão da diabetes tipo 2.

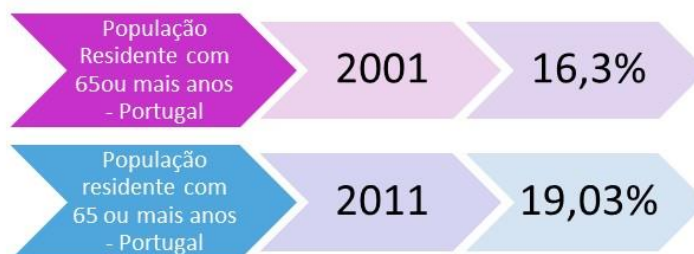
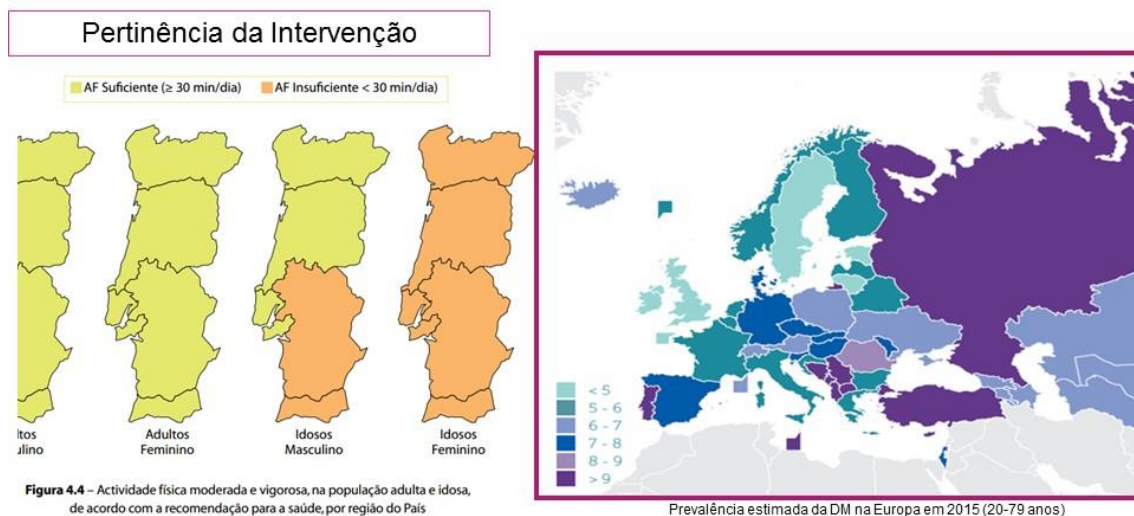
### Objetivos Específicos

- Aumentar o conhecimento sobre atividade física;
- Aumentar o número de clientes que praticam atividade física;
- Incentivar à prática de atividade física;
- Informar os clientes sobre a atividade física;

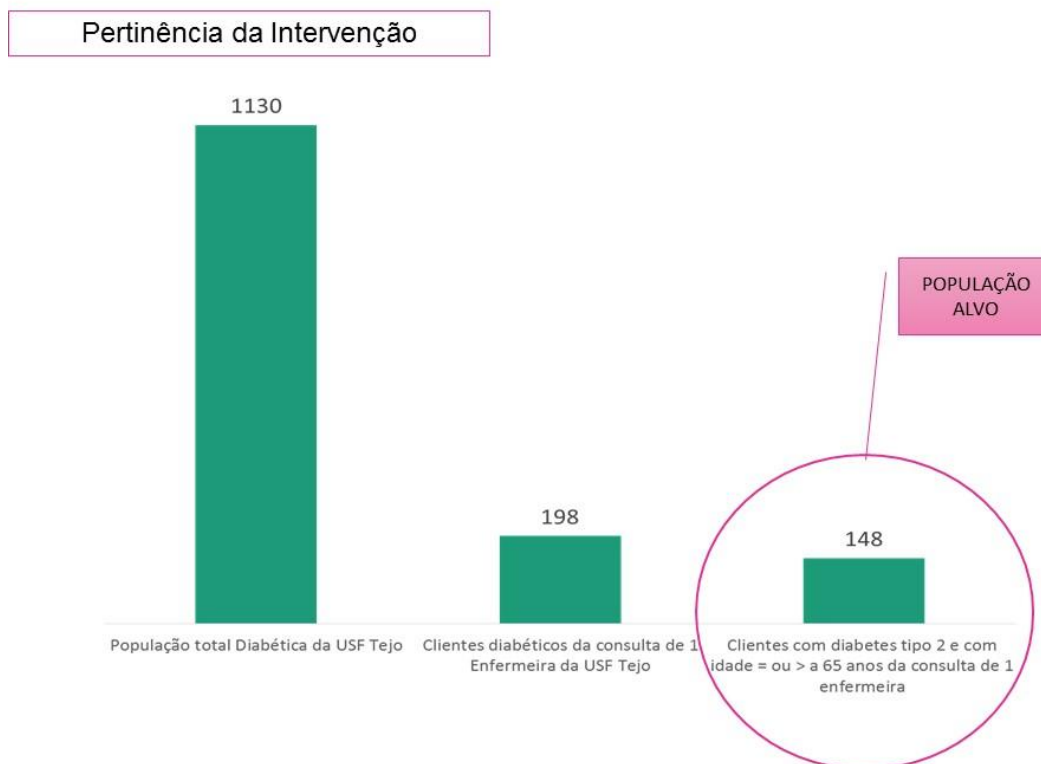
### Metodologia – Etapas do Planeamento em saúde



(Imperatori & Geraldes, 1993)



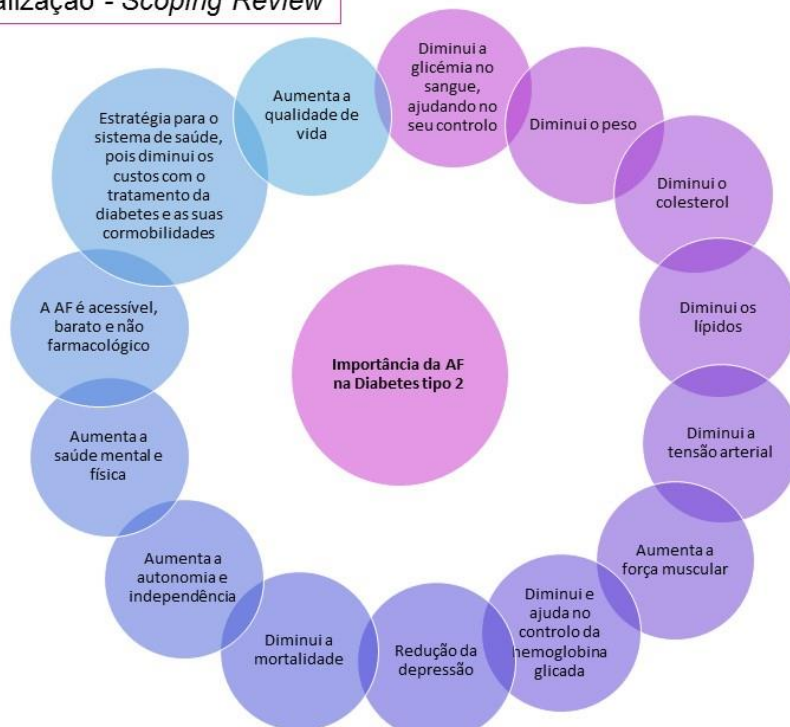
(INE; Observatório Nacional de Atividade Física e Desporto, 2011; International Diabetes Federation, 2015)



Plano de Ação 2016-2018 da USF Tejo

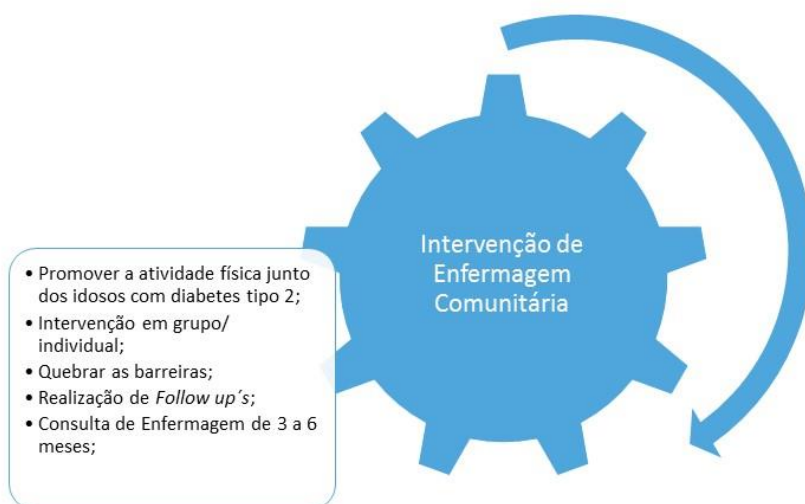
## Planeamento Atividades

### Contextualização - Scoping Review



(Borodulin *et al.*, 2006; Caetano & Tavares, 2008; Codogno *et al.*, 2011; Copeland, 2010; Diaz-Valencia *et al.*, 2015; Dyck *et al.*, 2011; Eakin *et al.*, 2010; Espeland *et al.*, 2013; Figueira *et al.*, 2014; Firouzi *et al.*, 2015; Iijima *et al.*, 2012; Irvine & Taylor, 2009; Jackson *et al.*, 2007; Moreno *et al.*, 2014; Morey *et al.*, 2012; Nylen *et al.*, 2010; Lohmann *et al.*, 2010; Long *et al.*, 2013; Phillips, 2014; Siverdes *et al.*, 2009; Xiu, *et al.*, 2013; Xu *et al.*, 2010; WHO, 2010)

### Contextualização - Scoping Review

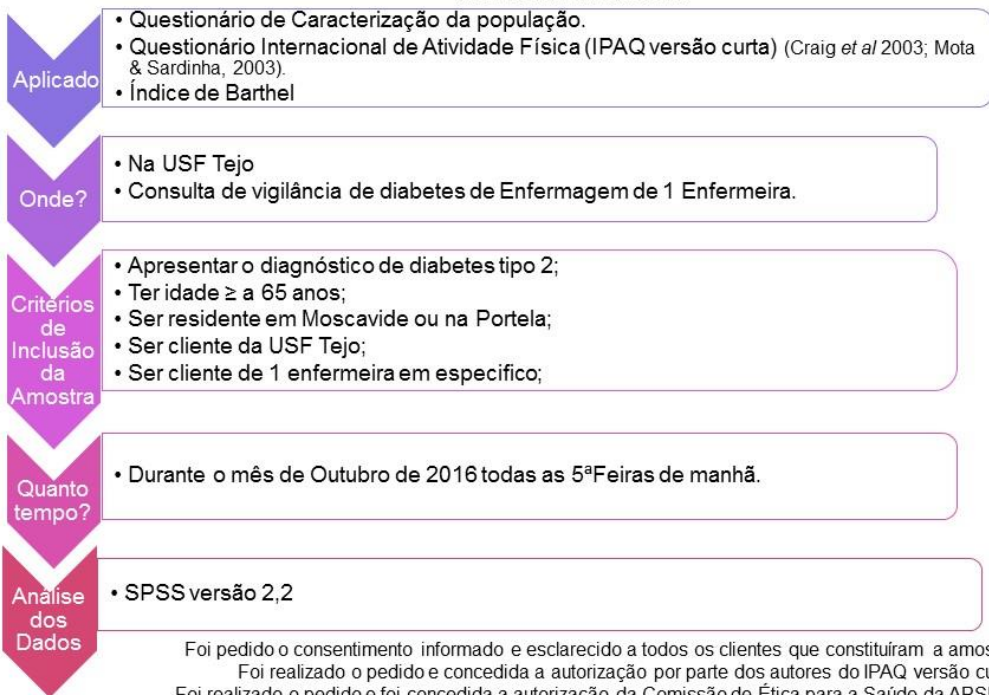


(Delahanty, 2010; Gavi & Hensley, 2009; Jackson *et al.*, 2013; Jansink *et al.*, 2013; Vickers *et al.*, 2006; Xu *et al.*, 2010; WHO, 2016)

## Planeamento Atividades

### Diagnóstico de Situação

Tanto Imperatori & Giraldes (1993) como tavares (1990) referem que o diagnóstico da situação deve ser suficientemente alargado, aprofundado, mas igualmente sucinto, claro e rápido, por forma a corresponder às necessidades identificadas.



Foi pedido o consentimento informado e esclarecido a todos os clientes que constituíram a amostra;  
 Foi realizado o pedido e concedida a autorização por parte dos autores do IPAQ versão curta;  
 Foi realizado o pedido e foi concedida a autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT  
 (Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo) para aplicação do IPAQ versão curta.

### Problemas

- 85% dos clientes tinham excesso de peso ou são obesos
- 94% dos clientes têm o diagnóstico de hipertensão arterial
- 35% dos clientes tinham o valor da tensão arterial elevado)
- 62% dos clientes tinham a glicémia pós-prandial elevada (>140mg/dl)
- 65% dos clientes tinham um controlo razoável, menos bom ou insuficiente da HbA1c
- 82% dos clientes desconhecem o seu estado vacinal
- 75% dos clientes não tomou iniciativa para marcar a consulta de enfermagem vigilância de diabetes
- 50% dos clientes não praticam AF
- 100% dos clientes passam em média 9 horas sentados por dia
- 94% dos clientes não praticam AF vigorosa
- 76,5 % dos clientes não praticam AF moderada
- 97% dos clientes não andam/caminham todos os dias
- 65% dos clientes realizam menos de 30 minutos a andar/caminhar
- 82% dos clientes não praticam AF por problemas de mobilidade
- 50% dos clientes têm uma dependência ligeira

## Planeamento Atividades

### Definição de Prioridades

| ANÁLISE MÉTODO HANLON   |                               |                               |                             |                     |                            |                |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|----------------|
| PROBLEMAS   | A<br>Amplitude do<br>Problema | B<br>Gravidade do<br>Problema | C<br>Eficácia da<br>solução | D<br>Exequibilidade | Valor Total<br>(A+B) C x D | Ordem<br>final |
| Capacidade de gestão do regime de atividade física comprometido | 10                            | 10                            | 0,5                         | 1                   | 10                         | 1º             |
| Mobilidade Comprometida   | 5                             | 7                             | 0,5                         | 1                   | 6                          | 5º             |
| Capacidade de gestão sobre o regime dietético comprometido      | 8                             | 8                             | 0,5                         | 1                   | 8                          | 4º             |
| Alteração do metabolismo energético                             | 8                             | 9                             | 0,5                         | 1                   | 8,5                        | 3º             |
| Comportamento de procura de saúde comprometido                  | 9                             | 9                             | 0,5                         | 1                   | 9                          | 2º             |

(Pereira, 2011, Garcia, Argulles & Flores, 2012)

### Objetivos Operacionais

Imperatori & Geraldies (1993) referem que "esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa".

Que pelo menos 50% dos clientes com diabetes tipo 2 e com idade  $\geq 65$  anos adquiram conhecimentos sobre a atividade física;

Que pelo menos 10% dos clientes com diabetes tipo 2, com idade  $\geq 65$  anos e dependentes em grau reduzido iniciem a prática de atividade física;

Que 50% dos elementos da equipa da USF Tejo sejam sensibilizados para dar continuidade ao projeto de intervenção na comunidade realizado;



## Planeamento Atividades

### Estratégias

#### EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação para a saúde define-se como um “*processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde*” (Hespanhol *et al*, 2009).

A Sessão de Educação para a Saúde se realizada em grupo, pode assumir-se como uma atividade educativa capaz de contribuir para o despertar da capacidade reflexiva, crítica e criativa do grupo, o que potencia a autonomia do cliente face à gestão da sua doença (Rêgo, 2008).

- Facilitar a aquisição de conhecimentos por parte dos clientes
- Promove a mudança de comportamentos perante a saúde (Hespanhol *et al*, 2009),

O que se revela essencial numa população diabética com défices na vigilância de saúde.

### Atividades

#### Atividade 1

- Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto;

#### Atividade 2

- Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;

#### Atividade 3

- Realização de visitas domiciliárias;

#### Atividade 4

- Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde;

#### Atividade 5

- Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo;

## Planeamento Atividades

**“Embora não volte a ter outra vez 25 anos, pode melhorar o seu aspeto físico, a sua saúde e a sua energia. A fórmula é simples. Mude o seu estilo de quatro maneiras, procurando:**

1. Ser mais saudável e magro;
2. Ser fisicamente mais ativo;
3. Mudar o tipo de alimentação e...
4. Aprender a relaxar.”

(DGS – Direção Geral de Saúde, 2001)

### DIÁRIO DA ATIVIDADE FÍSICA



### MEXER PARA VIVER



#### DADOS PESSOAIS

|               |  |
|---------------|--|
| Nome          |  |
| Morada        |  |
| Telefone      |  |
| Número Utente |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| Compromisso /Notas |  |
|--------------------|--|

#### NÃO ESQUECER!












- ✓ Usar calçado confortável;
- ✓ Realizar aquecimento e alongamentos;
- ✓ Alimentar-se antes e depois da atividade física;
- ✓ Medir a sua glicémia antes e depois da atividade física;
- ✓ Manter a hidratação;
- ✓ Estipule objetivos realistas;
- ✓ Se um dia não conseguir fazer o que tinha programado escolha outro dia;
- ✓ Aumente o nível de exigência à medida que aumente a sua capacidade;
- ✓ Não desista, pode haver dias que esteja mais desanimado, o importante é continuar!!!;

[illegible]

121



## Planeamento Atividades

|  |  |   |
|--|--|---|
|  <p><b>1. Respirar e esticar</b><br/>-Deite-se de costas, na posição horizontal, com os braços relaxados junto ao tronco e pernas.<br/>-Inspire e estique-se, de maneira a aproximar as pontas dos pés ao fundo da cama.<br/>-Repita 5 vezes.</p>                               |  <p><b>5. Levantar os joelhos</b><br/>-Deite-se de costas na horizontal.<br/>-Levante os joelhos um de cada vez.<br/>-Com os pés apoiados na cama, vire os joelhos devagar para a esquerda 10 vezes de modo a tocar na cama.<br/>-Repita para o lado direito.</p>   |  <p><b>9. Levantar a cabeça e esticar o abdômen</b><br/>-Leve os joelhos ao peito, sem tirar os pés do chão ou da cama.<br/>-Levante ligeiramente a cabeça e os ombros.<br/>-Conte até 10.<br/>-Baixe ligeiramente os joelhos.<br/>-Repita 5 vezes.</p>  |
|  <p><b>2. Esticar as Costas</b><br/>-Deite-se de costas.<br/>-Estique os braços para trás da cabeça, de modo a tocar na parede ou na cabeceira.<br/>-Estique o corpo.<br/>-Regresse à posição original.<br/>-Repita 5 vezes.</p>  |  <p><b>6. Meio círculo com as pernas</b><br/>-Deite-se de costas na horizontal, com as pernas direitas.<br/>-Levante a perna esquerda e rode-a por cima do joelho direito, de modo a chegar à extremidade da cama.<br/>-Repita o exercício com a perna direita.</p> |  <p><b>10. Levantar a perna</b><br/>-Deite-se do lado direito com a perna direita ligeiramente dobrada.<br/>-Ponha o braço direito sob a cabeça.<br/>-Levante a perna esquerda, o mais alto possível, sem ficar desconfortável.<br/>-Repita 10 vezes.<br/>-Faça o exercício para a perna esquerda.</p> |
|  <p><b>3. Esticar os braços</b><br/>-Ponha as mãos no peito.<br/>-Dobre os braços para trás da cabeça, de modo a ficarem paralelos ao fundo da cama.<br/>-Desdobre os braços, esticando-os para os lados.<br/>-Volte a levar as mãos ao peito.<br/>-Repita 5 vezes.</p>         |  <p><b>7. Levar o Joelho ao peito</b><br/>-Dobre a perna esquerda.<br/>-Segure o joelho com as mãos.<br/>-Movimente o joelho em direção ao peito.<br/>-Mantenha-se assim por três segundos.<br/>-Regresse à posição inicial.<br/>-Repita 5 vezes cada joelho.</p>   |  <p><b>11. Balouçar</b><br/>-Puxe os joelhos em direção ao peito.<br/>-Segure-os com as mãos.<br/>-Erga a cabeça e ombros e balouçese.<br/>-Repita 5 vezes.<br/>-Faça relaxamento, repetindo o exercício 1.<br/>-Saia da cama sempre devagar.</p>  |
|  <p><b>4. Movimentos da cabeça</b><br/>-Deite-se de costas na horizontal.<br/>-Dobre as pernas, levante os joelhos com os pés assentes na cama e os braços junto ao corpo, com as palmas a tocarem no colchão.<br/>-Gire a cabeça devagar de um lado para o outro 25 vezes.</p> |  <p><b>8. Levar os joelhos ao peito</b><br/>-Levante ambos os joelhos em direção ao peito.<br/>-Segure-os com as mãos e conte até três.<br/>-Regresse à posição inicial.<br/>-Relaxe, respirando fundo.<br/>-Repita 3 vezes.</p>                                    |   |

Adaptado Direção -Geral de Saúde

### Indicadores de Processo

| Nome   | Construção   | Meta | Resultado |
|--|--|------|-----------|
| Percentagem de clientes presentes nas sessões de educação para a saúde;                | $\frac{\text{Nº total de clientes que participaram nas sessões de educação para a saúde}}{\text{Nº de clientes que confirmaram presença nas sessões de educação para a saúde}} \times 100$                                     | 60%  | 73%       |
| Percentagem de visitas domiciliárias realizadas;                                       | $\frac{\text{Nº total de visitas domiciliárias realizadas}}{\text{Nº total de visitas domiciliárias agendadas}} \times 100$  | 80%  | 100%      |
| Percentagem de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto;      | $\frac{\text{Nº total de clientes que receberam material informativo e de apoio ao projeto}}{\text{Nº total de clientes}} \times 100$  | 50%  | 90%       |
| Percentagem de clientes presentes na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem; | $\frac{\text{Nº total de clientes que compareceram na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem}}{\text{Nº total de clientes que confirmaram presença na consulta de vigilância de diabetes de Enfermagem}} \times 100$ | 75%  | 88%       |

## Planeamento Atividades

### Indicadores de Resultado

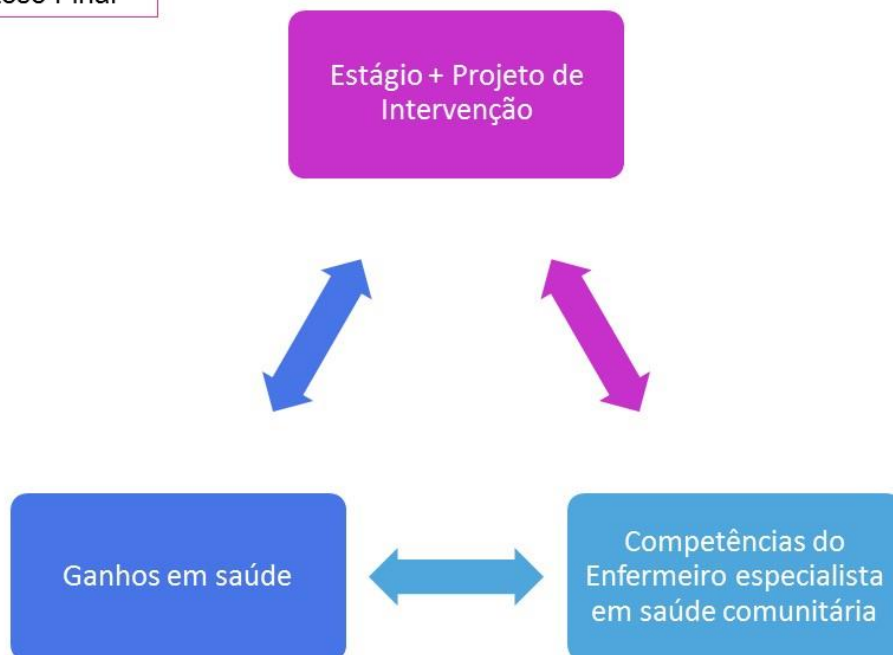
| Nome   | Construção  | Meta | Resultado |
|--|---|------|-----------|
| Percentagem de Clientes com diabetes tipo 2 e com idade $\geq$ a 65 anos que adquiriram conhecimentos sobre a atividade física nos diabéticos; | $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de clientes que responderam corretamente ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ total de clientes que responderam ao questionário de avaliação de conhecimentos sobre a prática de AF nos clientes diabéticos}} \times 100$ | 75%  | 85%       |
| Percentagem de clientes com alterações na mobilidade que iniciaram a prática de atividade física;  | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq \text{a 65 anos com alterações na mobilidade que iniciaram a prática de AF com as visitas domiciliares}}{\text{N}^\circ \text{ total de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq \text{a 65 anos que tiveram visitas domiciliares}} \times 100$      | 10%  | 56%       |

### Indicadores de Resultado

| Nome  | Construção   | Meta | Resultado        |
|---|--|------|------------------|
| Percentagem de clientes com diabetes tipo 2 e com idade $\geq$ 65 anos que realizam atividade física pelo menos 5 dias por semana durante 30 minutos até Julho de 2017; | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq \text{a 65 anos que realizam AF pelo menos 5 dias por semana durante 30 minutos}}{\text{N}^\circ \text{ total de clientes com diabetes tipo 2 e com idade } \geq \text{a 65 anos}} \times 100$ | 40%  | Em Julho de 2017 |

## Planeamento Atividades

Síntese Final



(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



## Referências Bibliográficas

- Borodulin, K. et al. (2006). Association of leisure time Physical activity and abdominal obesity with sérum insulin and 2-h postchallenge plasma glucose levels. *Journal Compilation Diabees UK*. 23. 1025-1028.
- Caetano, A., Tavares, D. (2008). Unidade de Atenção ao Idoso: atividades, mudanças no cotidiano e sugestões. *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 10 (3). 622-31.
- Codogno, J. et al. (2011). The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public Health*. 11. 1-7.
- Copeland, R. (2010). Be Active: promoting physical activity in overweight people. *Practice Nursing*. 11(21). 569-573.
- Delahanty, L. (2010). Research charting a course for evidence-based clinical dietetic practice in diabetes. *Journal compilation*. 23. 360-370.
- Diaz-Valencia, P., et al. (2015). Global epidemiology of type 1 diabetes in young adults and adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 17. 215-255.
- Dyck, D. et al. (2011). Mediators of physical activity change in a behavioral modification program for type 2 diabetes patients. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 8 (105). 1-13.
- Eakin, E. et al. (2010). Living Well with Diabetes: a randomized controlled trial of a telephone-delivered intervention for maintenance of weight loss, physical activity and glycaemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*. 10 (452). 1-15.
- Espeland, M. et al. (2013). Intensive Weight Loss Intervention in Older Individuals: Results from the Action for Health in Diabetes Type 2 Diabetes Mellitus Trial. *Journal compilation – The American Geriatrics Society*. 61. 912-922.
- Firouzi, S. et al. (2015). Nutritional status, glycemic control and its associated risk factors among a sample of type 2 diabetic individuals, a pilot study. *Journal of Research in Medical Sciences*. 20. 40-46.
- Gavi, S., Hensley, J. (2009). Diagnosis and management of type 2 diabetes in adults: A review of the ICSI guideline. *Geriatrics*. 64 (6). 12-29.





- Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993) – Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ªed. Lisboa: Edições Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública.
- Iijima, K. *et al.* (2012) Lower physical activity, but not excessive calorie intake, is associated with metabolic syndrome in elderly with type 2 diabetes mellitus: The Japanese elderly diabetes intervention trial. *Japan Geriatrics Society*. 12 (1). 68-76.
- Irvine, C., Taylor, N. (2009). Progressive resistance exercise improves glycaemic control in people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Australian Journal Physiotherapy*. 55. 237-245.
- International Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas. Seventh edition, 2015. Acedido a 02-05-2015. Disponível em <http://www.diabetesatlas.org/>.
- Jackson, R. *et al.* (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *The British Dietetic Association – Journal Nutrition Dietetic*. 20. 27-36.
- Jansink, R. *et al.* (2013). No identifiable Hb1Ac or lifestyle change after a comprehensive diabetes programme including motivational interviewing: A cluster randomised trial. *Informa Healthcare*. 31. 119-127.
- Ministério de Saúde ARS Lisboa e Vale do Tejo (2016). Plano de ação 2016-2018 da Unidade de Saúde Familiar – Tejo.
- Moreno, G. *et al.* (2014). Neighborhood Perceptions and Health-Related Outcomes Among Latinos with Diabetes from a Rural Agricultural Community. *Journal Community Health*. 29. 1077-1084.
- Morey, L. *et al.* (2012). Nonoverlapping Functions of the Polycomb Group Cbx Family of Proteins in Embryonic Stem Cells. *Cell Stem Cell*. 10. 47-62.
- Nylen, E. *et al.* (2010). Prognostic Effect of Exercise Capacity on Mortality in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Journal Compilation*. 58 (10). 1850-1853.
- Lohmann, H. *et al.* (2010). Fitness consultations in routine care of patients with type 2 diabetes in general practice: na 18-month non-randomised intervention study. *BMC Family Practice*. 11(83).1-10.



- Long, G. *et al.* (2013). Socio-demographic and behavioural correlates of physical activity perception in individuals with recently diagnosed diabetes: results from a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 13. 1-11.
- Observatório Nacional da Atividade Física. (2011). Livro verde da Atividade Física. Instituto do Desporto de Portugal. Lisboa. 15-47. Disponível em: [http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica\\_GERAL.pdf](http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf). Acedido a 7/4/2016
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2.ª série, n.º 35, de 18 de fevereiro, 8667-8669.
- Phillips, A. (2014). Pre-diabetes and capturing opportunities to raise awareness. *British Journal of Nursing*. 23(10). 505-508.
- Siverdes, J. *et al.* (2009). Association between Leisure time Physical activity and Depressive Symptoms in Men. *Medicine Science Sport Exercise*. 44(2). 260-265.
- Tavares, A. (1992) – Métodos e técnicas de planeamento em saúde. 2ªed. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Vickers, K. *et al.* (2006). Patients With Diabetes and Depression May Need Additional Support for Exercise. *Am Journal Health Behavior*. 30 (4). 353-362.
- Xiu, *et al.* (2013). Cognitive impairment and limited dietary diversity or physical inactivity are conjoint precursors of incident diabetes more so in elderly women than men. 36. (556-566).
- Xu, Y. *et al.* (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Blackwell Publishing Asia*. 12. 228-234.
- World Health Organization. (2010). Health promotion and education. Disponível em <http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1458/Section2057.htm>

**APÊNDICE IX** - Questionário de avaliação de atividades – Escala de likert de 5 pontos.

## AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES

Assinale com um X no respetivo número de avaliação.

1) Objetivos:

|              |          |             |          |             |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|
| <b>5</b>     | <b>4</b> | <b>3</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>    |
| Muito Eficaz | Eficaz   | Indiferente | Pouco    | Nada Eficaz |

2) Metodologia Utilizada:

|              |          |             |          |             |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|
| <b>5</b>     | <b>4</b> | <b>3</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>    |
| Muito Eficaz | Eficaz   | Indiferente | Pouco    | Nada Eficaz |

3) Meios auxiliares de ensino utilizados:

|              |          |             |          |             |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|
| <b>5</b>     | <b>4</b> | <b>3</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>    |
| Muito Eficaz | Eficaz   | Indiferente | Pouco    | Nada Eficaz |

4) Transmissão dos conteúdos:

|              |          |             |          |             |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|
| <b>5</b>     | <b>4</b> | <b>3</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>    |
| Muito Eficaz | Eficaz   | Indiferente | Pouco    | Nada Eficaz |

5) Tempo:

|              |          |             |          |             |
|--------------|----------|-------------|----------|-------------|
| <b>5</b>     | <b>4</b> | <b>3</b>    | <b>2</b> | <b>1</b>    |
| Muito Eficaz | Eficaz   | Indiferente | Pouco    | Nada Eficaz |

Sugestões: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fonte: Escala de Likert adaptada, Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de José Luís Pais Ribeiro

**APÊNDICE X – Guião das visitas domiciliárias**

## Planeamento Atividades

[illegible]



“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

## **APÊNDICE X – Folheto informativo Hemoglobina Glicada**

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

A análise da Hemoglobina glicada é uma ferramenta importante no controlo da diabetes.

Não substitui as medições diárias de glicémia.

Conforme a situação clínica da pessoa, deve ser realizada 2 vezes por ano (no mínimo).

A realização da análise deve ser discutida com a sua equipa de saúde.

**Valores de referência da Hemoglobina A1c/ Glicémia média em mg/dl:**

|     |           |
|-----|-----------|
| 5%  | 97 mg/dl  |
| 6%  | 126 mg/dl |
| 7%  | 154 mg/dl |
| 8%  | 183 mg/dl |
| 9%  | 212 mg/dl |
| 10% | 240 mg/dl |
| 11% | 269 mg/dl |
| 12% | 298 mg/dl |

O conhecimento da sua HbA1c poderá ajudar a compreender melhor a sua compensação e contribuir para prevenir as complicações da diabetes.

C:\Users\ASUS\Documents\

USF TEJO  
Rua Adão Manuel Ramos Barata  
1885-100 Moscavide  
Telefone: 219449210  
Fax: 219449219  
Email: usf.tejo@arslvt.min-saude.pt

unidade de saúde familiar  
**USF**  
tejo

# HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c)

**O que é a Hemoglobina glicada?**

- A Hemoglobina A1c (HbA1c) também conhecida como hemoglobina glicada ou glicosilada, é uma análise ao sangue, de rotina, muito importante para todas as pessoas que têm diabetes.

**O que é possível saber através dessa análise?**

- É possível saber os valores médios de açúcar no sangue (a glicemia), durante os últimos 2-3 meses.

**Porque devo baixar o valor da Hemoglobina glicada?**

- Se conseguir baixar o valor de Hemoglobina glicada, pode reduzir os riscos das complicações da diabetes.
- Se for baixando a HbA1c progressivamente de 11% para 10%, 9%, 8% ou menos, diminui o risco de vir a ter insuficiência renal, rinopatia, amputação ou acidentes vasculares.

**VALORES DE REFERÊNCIA**

|   |   |   |
|---|---|---|
| Dá uma visão global do controlo da diabetes.                  | Permite perceber se há necessidade de realizar ajustes ao tratamento.                               | <b>ÓTIMO CONTROLO DA DIABETES</b><br>• Aconselha-se a ter especial cuidado em prevenir situações de hipoglicemia.   |
| Permite perceber o risco de desenvolver complicações tardias. | Por cada descida de 1% da HbA1c, o risco de desenvolver complicações na diabetes desce mais de 25%. | <b>6,5% A 7,5%</b><br>• <b>RAZOÁVEL CONTROLO DA DIABETES</b><br>• Aconselha-se manter o tratamento, detetando aspetos a melhorar  |
|   |   | <b>7,5% a 8,5%</b><br>• <b>CONTROLO MENOS BOM DA DIABETES</b><br>• Aconselha-se uma revisão do tratamento com o seu médico e uma auto-avaliação para melhorar o seu controlo. |
|   |   | <b>&gt;8,5%</b><br>• <b>CONTROLO INSUFICIENTE DA DIABETES</b><br>• Há risco de aparecerem as complicações da diabetes.  |
|   |   | <b>&gt;10%</b><br>• <b>PÉSSIMO CONTROLO DA DIABETES</b>   |

**É URGENTE MELHORAR!**

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

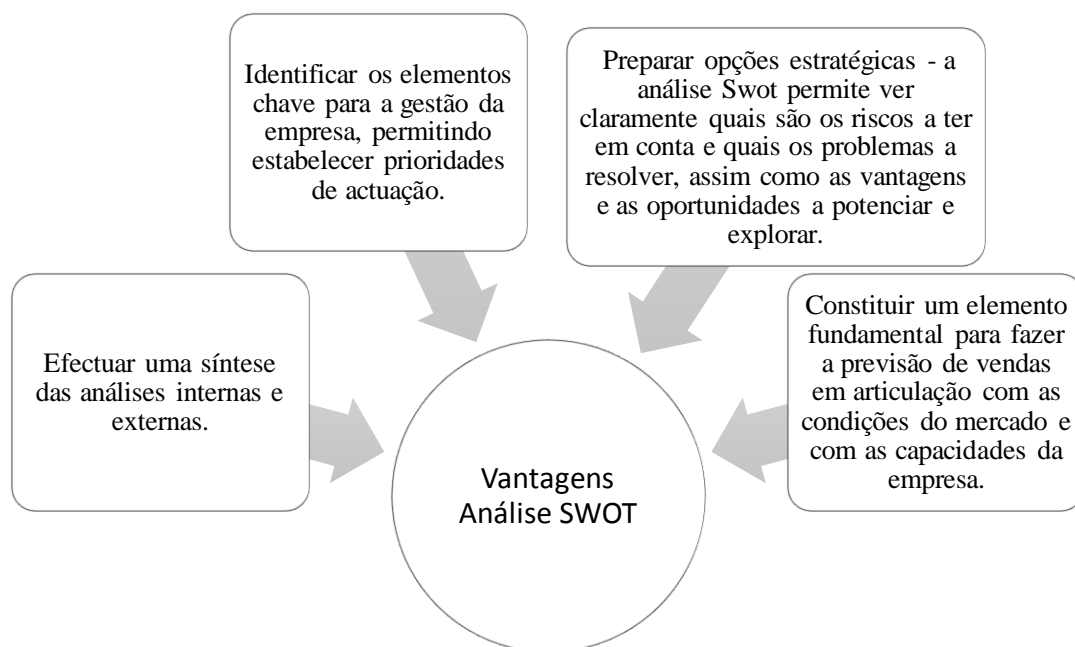
## **APÊNDICE XI – Análise SWOT do Projeto**

*“SWOT analysis is an examination of an organization’s internal strengths and weaknesses, its opportunities for growth and improvement, and the threats the external environment presents to its survival. Originally designed for use in other industries, it is gaining increased use in healthcare.”*(Harrison, 2010).

Assim, **SWOT** é a sigla dos termos ingleses **Strengths** (Forças), **Weakness** (Fraquezas), **Opportunities** (Oportunidades) e **Threats** (Ameaças) que consiste em uma metodologia bastante popular no âmbito empresarial. A análise **SWOT** é uma ferramenta utilizada para fazer análise ambiental, sendo a base da gestão e do planeamento estratégico numa empresa ou instituição. Graças à sua simplicidade pode ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário, desde a criação de um blog à gestão de uma multinacional. Este é o exemplo de um sistema simples destinado a posicionar ou verificar a posição estratégica da empresa/instituição no ambiente em questão.

A Análise SWOT tem como principais vantagens (ver diagrama 1) (Harrison,2010).

**Diagrama 1 – Vantagens da Análise SWOT (Harrison, 2010).**



A análise SWOT divide-se em duas análises complementares entre si a análise externa e a análise interna (Harrison, 2010, Team FME,2013, IAPMEI, 2015).

Assim, a análise externa corresponde às principais perspetivas de evolução do mercado em que a empresa acuta. São factores provenientes do Mercado e do Meio

Envolvente – decisões e circunstâncias fora do controlo direto da empresa, das quais se deve tirar partido ou proteger, construindo barreiras defensivas. Dentro da análise externa deve contemplar não só as oportunidades (*Opportunities*), ou seja, aspetos positivos da envolvente, com impacto significativo no negócio da empresa, bem como as ameaças (*Threats*), ou seja, aspetos negativos da envolvente, com impacto significativo no negócio da empresa (Harrison, 2010), (Team FME,2013, IAPMEI, 2015).

A análise interna corresponde aos principais aspetos que diferenciam a empresa ou o (s) produto (s) dos seus concorrentes. São provenientes do produto e da empresa – decisões e níveis de performance que podemos gerir. Nela deve contemplar não só as Forças (*Strenghts*), ou seja as vantagens internas da empresa ou produto (s) em relação aos seus principais concorrentes, bem como as Fraquezas (*Weaknesses*), ou seja, as desvantagens internas da empresa ou produto (s) em relação aos seus principais concorrentes (Harrison, 2010), (Team FME,2013, IAPMEI, 2015).

No final da análise SWOT pretende-se definir as relações existentes entre os pontos fortes e fracos com as tendências mais importantes que se verificam na envolvente da empresa, seja ao nível do mercado global, do mercado específico, da conjuntura tecnológica, social e demográfica, da conjuntura económica e das imposições legais.

### **Referências Bibliográficas**

Team FME. (2013)- *SWOT Analysis – Strategy Skills*. 1ªEdição. Copyright Notice.  
Disponível em: [www.free-management-ebooks.com](http://www.free-management-ebooks.com).

Harrison, J.P.(2010) – *Essentials of Strategic Planning in Healthcare*. 1ªEdição.  
Chicago: Health Administration Press.

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

**Quadro – Aplicação da Matriz SWOT do Projeto de Estágio**

|                  |                       | Na conquista do objetivo   |  |
|------------------|-----------------------|--|--|
|                  |                       | Factores Positivos   | Factores negativos   |
| Origem do Factor | Interna (Organização) | <p><b><u>Strengths (Forças)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivação do gestor do projeto;</li> <li>-Persistência e capacidade de adaptação;</li> <li>-Experiência Profissional (4 anos);</li> </ul>  | <p><b><u>Weakness (Fraquezas)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pouca experiência profissional em enfermagem comunitária;</li> </ul>   |
|                  | Externa (Ambiente)    | <p><b><u>Opportunities (Oportunidades)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização de um diagnóstico de situação;</li> <li>-Realização do planeamento das atividades:<br/>Atividade 1 – Elaboração e distribuição de material informativo e de apoio ao projeto;<br/>Atividade 2 – Realização de consultas de vigilância de diabetes de Enfermagem;<br/>Atividade 3 – Realização de visitas domiciliárias; Atividade 4 – Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde; Atividade 5 – Realização de uma sessão de sensibilização e apresentação do projeto de intervenção na comunidade à equipa da USF Tejo;</li> <li>-Capacitação dos clientes para a prática de AF autónoma;</li> <li>- Apoio da equipa da USF Tejo para a realização do projeto;</li> </ul> | <p><b><u>Threats (Ameaças)</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorização tardia da Comissão de Ética para aplicação do IPAQ;</li> <li>- Realização tardia da etapa diagnóstico de situação;</li> <li>-Falta de motivação dos clientes para adesão ao início da prática de atividade física;</li> <li>-Não adesão de comportamentos saudáveis por parte dos clientes;</li> </ul> |
















“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”















**APÊNDICE XII – Competências adquiridas pela Mestranda no âmbito  
da Especialização em Enfermagem Comunitário segundo unidades  
de competência e critérios de avaliação do Regulamento nº128/2011,  
de 18 de Fevereiro.**






“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

| Competências  | Unidades de Competência   | Critérios de Avaliação  |   |
|---|---|---|---|
| G1 – Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade – clientes com diabetes tipo 2 e com idade $\geq$ a 65 anos, inscritos na USF Tejo; | G1.1 – Procedeu à elaboração de um diagnóstico de saúde dos clientes com diabetes tipo 2 e com idade igual ou superior a 65 anos; | G1.1.1 – Integrou o conhecimento sobre os determinantes de saúde na conceção do diagnóstico de saúde da comunidade;               |    |
|   |   | G1.1.2 – Integrou as variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes de saúde;              |    |
|   |   | G1.1.3 – Identificou os determinantes dos problemas de saúde;   |    |
|   |   | G1.1.4 – Identificou as necessidades em saúde da comunidade (sexualidade);  |    |
|   |   | G1.1.5 – Estabeleceu uma rede de causalidade dos problemas de saúde da comunidade;  |    |
|   |   | G1.1.6 – Utilizou indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde;   |   |
|   |   | G1.1.7 – Demonstrou conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em saúde;   |  |
|   |   | G1.1.8 – Sistematizou indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde;   |  |
|   |   | G1.1.9 – Disponibilizou informação relativa ao diagnóstico de saúde da comunidade;  |  |
|   |   | G1.1.10 – Definiu o perfil de saúde da comunidade, em contexto da sexualidade na adolescência;                                    |  |
|   | G1.2 - Estabeleceu as prioridades em saúde da comunidade adolescente;   | G1.2.2 – Utilizou critérios objetivos para definir as principais em saúde;  |  |
|   |   | G1.2.2 – Integrou as orientações estratégicas definidas no PNS na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde da comunidade; |  |
|   |   | G1.2.3 – Utilizou os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégias;   |  |
|   | G1.3 – Formulou objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde  | G1.3.1 – Definiu objetivos mensuráveis que permitem mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde da comunidade;   |  |
|   |   | G1.3.2 – Concebeu estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondem aos                                |  |



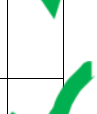



“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | estabelecidas;  | objetivos definidos;<br><br>G1.3.3 – Promoveu a coparticipação dos diversos sectores da sociedade (direções das escolas) na definição dos objetivos;<br><br>G1.3.4 – Atendeu aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade;  | <br>   |
|  | G1.4 -Estabeleceu projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados; | G1.4.1 – Concebeu e planeou intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde;<br><br>G1.4.2 – Implementou intervenções para problemas de saúde pública complexos;<br><br>G1.4.3 – Otimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao projeto d intervenção;<br><br>G1.4.4 – Mobilizou os responsáveis organizacionais nas intervenções nos problemas de saúde identificados;<br><br>G1.4.5 – Disponibilizou informação baseada na evidência científica de suporte às decisões em saúde aos responsáveis organizacionais;<br><br>G1.4.6 – Promoveu o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções;<br><br>G1.4.7 – Demonstrou habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial no projeto de intervenção; | <br><br><br><br><br><br> |
|  | G1.5 – Avaliou o projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;  | G1.5.1 – Monitorizou a eficácia do projeto de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade;<br><br>G1.5.2 – Procedeu à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política;<br><br>G1.5.3 – Procedeu à reformulação dos objetivos, estratégias com base na variação atingida;<br><br>G1.5.4 – Atualizou o perfil de saúde e utilizou-o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região;  | <br><br><br>   |
|  | G2.1 – Liderou  | G2.1.1 – Participou, em parceria com a equipa da USF Tejo no projeto de intervenção comunitário dirigida a um  |   |




“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <p>G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos – clientes com diabetes tipo 2 e com idade ≥ a 65 anos;</p> | <p>processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;</p>   | <p>grupo de grande vulnerabilidade (os diabéticos);<br/>G2.1.2 – Pesquisou e diagnosticou problemas e factores de risco de saúde da comunidade;</p> <p>G2.1.3 – Mobilizou parceiros da comunidade (equipa USF Tejo) para identificar e resolver os problemas de saúde;</p> <p>G2.1.4 – Concebeu, planeou e implementou o projeto de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupo tendo em conta as suas especificidades culturais;</p> <p>G2.1.5 – Não interveio em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas);</p> <p>G2.1.6 – Mobilizou e integrou conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação da comunidade;</p> |    |
|  | <p>G2.2 – Integrou nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;</p> | <p>G2.2.1 – Concebeu e planeou um programa de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico de situação realizado;</p> <p>G2.2.2 – Coordenou, dinamizou e participou no programa e intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade ≥ a 65 anos;</p> <p>G2.2.3 – Avaliou o programa de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde nos clientes com diabetes tipo 2 e com idade ≥ a 65 anos;</p>  |   |
|  | <p>G2.3 – Procedeu à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;</p>   | <p>G2.3.1 – Demonstrou conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde;</p> <p>G2.3.2 – Utilizou conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação da comunidade;</p> <p>G2.3.3 – Usou modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde;</p> <p>G2.3.4 – Utilizou abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde;</p> <p>G2.3.5 – Sistematizou e documentou o projeto de intervenção comunitária;</p>   |  |

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   |   | <p>G2.3.6 – Identificou necessidades específicas da comunidade;</p> <p>G2.3.7 – Geriu e disponibilizou informação adequada às características da comunidade;</p> <p>G2.3.8 – Concebeu instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação;</p> <p>G2.3.9 – Utilizou estratégias que promovem a procura de informação pela comunidade;</p> <p>G2.3.10 – Procedeu à avaliação do processo e resultados das atividades de informação (questionários de avaliação);</p>   | <br><br><br>  |
| <p>G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e Participou na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;</p> | <p>G3.1 – Participou na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes do Programa de Saúde conducentes aos objetivos do PNS;</p> | <p>G3.1.1 – Participou e comprometeu-se com os processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde;</p> <p>G3.1.2 – Cooperou na coordenação do programa de saúde que integra o PNS;</p> <p>G3.1.3 – Identificou e monitorizou os resultados obtidos no programa de saúde;</p> <p>G3.1.4 – Otimizou a operacionalização do programa de saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária;</p> <p>G3.1.5 – Introduziu elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização do programa de saúde;</p> <p>G3.1.6 – Não elaborou protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade;</p> <p>G3.1.7 – Forneceu antecipadamente as orientações para a implementação do programa de saúde;</p> <p>G3.1.8 – Otimizou e maximizou os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao programa de saúde;</p> <p>G3.1.9 – Analisou, interpretou e esclareceu o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução do programa de saúde;</p> | <br><br><br><br><br><br><br> |
| <p>G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica</p>  | <p>G4.1 – Procedeu à vigilância epidemiológica dos fenómenos de</p>   | <p>G4.1.1 – Não concebeu instrumentos de colheita de dados para vigilância epidemiológica;</p>   | <br>  |

“A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 –  
intervenção do enfermeiro de saúde comunitária”

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| de âmbito geodemográfico – Moscavide e Portela – Concelho Loures – Distrito Lisboa; | saúde – doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica; | <p>G4.1.2 – Não sistematizou indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica;</p> <p>G4.1.3 – Monitorizou os fenómenos de saúde-doença da população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica;</p> <p>G4.1.4 – Não utilizou modelos conceituais explicativos na vigilância epidemiológica;</p> <p>G4.1.5 – Utilizou técnicas estatísticas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas (SPSS 22 e Excel 2013);</p> <p>G4.1.6 – Não analisou as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas;</p> | <br><br> |
|---|--|---|---|